

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROcq

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE,
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND,
HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU,
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, J. RENAULT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME X

N° 5. — Mai 1899 ;

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCXCIX

Voir les FICHES BIBLIOGRAPHIQUES aux pages 11, 13
et 15 de la couverture.

CLIN & C^{ie}

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten,
essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, CUBÈBE et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

ÉLIXIR DÉRET BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'Iodure
double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr.
de biiodure de mercure.

Ne provoque ni **Hydrargyrisme**, ni
Diarrhée, évite, par la façon dont il est
présenté, les soupçons de l'entourage.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

Santal du D^r Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant
20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou
chronique, Cystites et toutes inflam-
mations des Muqueuses génito-
urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant
progressivement.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. } Bromure
Par Dragée, 10 centigr. } de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorté,
Insomnies, Palpitations de cœur,
Érections douloureuses, Spermatorrhée,
Érithisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & C^{ie} — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 383

IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130
Le meilleur succédané de l'Iodoforme
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITQUES**
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & C^{ie}, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel Solu-
tion limpide de Biiodure d'Hydrargyre
dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux milli-
grammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, **SCEAUX (Seine)** et
toutes pharmacies.

La PLUS FROIDE
10°.

EAU MINÉRALE NATURELLE du BASSIN de VICHY

La MOINS ALTÉRÉE
par le Transport

SOURCE LARBAUD-ST-YORRE

(DECOUVERTE EN 1853)

Souveraine contre les Maladies du **FOIE**,
de l'**ESTOMAC** et des **REINS**, le **DIABÈTE**, la **GRAVELLE** et la **GOUTTE**

IX : 20 fr. la caisse de 50 litres. à VICHY. — Dépôt chez les Pharmaciens et March^{ds} d'Eaux minérales

T

ure
ure.
tigr.

, ni
est
ge.

ur.

S

N

te,

te,

te.

S

TÉRABU
Transp



minère

d
p
in
tr
m
sc

C
l'i
gr

et
de
ay

5

da
ser
cha
Du
son

que
ont

A
O

en p
noy
uu
Il
ingr

TRAVAUX ORIGINAUX

EMPLOI

DES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL DE HAYEM

DANS LES SYPHILIS MALIGNES

Par **M. Victor Augagneur.**

Tous les spécialistes connaissent, malgré qu'ils soient assez rares, des cas de syphilis malignes, résistant au traitement spécifique le plus actif. Les deux observations qui suivent, dans lesquelles les injections sous-cutanées de sérum artificiel (lavage du sang) ont transformé des malades dont l'un semblait dans un état désespéré, me paraissent assez probantes pour que l'emploi de la même méthode soit formellement indiqué dans des circonstances analogues.

L'un de mes malades était atteint de *syphilis maligne précoce*. C'était un tout jeune homme de 18 ans, qui dès le troisième mois de l'infection était porteur d'ulcérations profondes avec un état général gravement altéré.

L'autre malade, âgé de 37 ans, était syphilitique depuis cinq ans, et, depuis le début de sa maladie, présentait des accidents subintrants dont la profondeur allait sans cesse en s'accusant. C'est un cas de syphilis maligne persistante.

Oss. I — Hugues P..., 18 ans, violoniste, entre à l'Antiquaille le 5 février 1898.

A la fin de décembre 1897, le malade constata une ulcération siégeant dans le sillon balano-préputial à gauche. Le 1^{er} janvier 1898, il se présente à la consultation gratuite de l'Antiquaille; nous reconnaissons un chancre syphilitique, et prescrivons quotidiennement deux pilules de Dupuytren. Nous perdons le malade de vue jusqu'au 5 février, jour de son entrée dans le service. Un pharmacien, entre temps, lui avait fait appliquer aux aines, sur les ganglions tuméfiés, des vésicatoires; à leur place ont apparu des ulcérations.

A l'entrée du malade nous notons :

Organes génitaux. — Verge en battant de cloche. Œdème dur du prépuce en phimosis irréductible. Sous le phimosis on sent, à droite, un gros noyau induré. Lymphite dorsale très nette, avec un noyau gros comme un poing vers la racine du pénis.

Il est difficile de se rendre un compte exact de l'état des ganglions inguinaux. De chaque côté, là où furent appliqués les vésicatoires, la

peau est enflammée en masse, formant une plaque phlegmoneuse englobant totalement le derme et l'hypoderme. De la surface coule du pus assez abondant.

Éruption papuleuse très confluyente sur le tronc et les membres ; papules de dimensions variables, quelques-unes tendent vers la forme de plaques assez larges.

Rien sur les muqueuses.

Réaction ganglionnaire presque nulle.

Pas d'algies.

Prescription : deux pilules de Dupuytren.

15 février. L'éruption papuleuse se transforme ; elle est devenue extrêmement confluyente. La plupart des éléments éruptifs se sont transformés en larges plaques, allant jusqu'aux dimensions de pièces de 1 et même de 2 francs. Les plus larges et les plus nombreuses siègent au cou, à droite, sur les avant-bras, les coudes, les membres inférieurs.

Les muqueuses sont toujours intactes.

L'état général s'est affaibli ; le malade n'a pas d'appétit, est pâle, amaigri, a de la diarrhée, parfois des vomissements.

Céphalée intense.

Prescription. — Friction quotidienne avec 6 gr. d'onguent napolitain ; 2 gr. d'iodure de potassium. Toniques divers.

Le 28. L'état local et l'état général se sont aggravés. Sur le cou, du côté droit, sur les membres supérieurs et inférieurs, un grand nombre de papules tuberculeuses se sont ulcérées.

Les plaques se sont creusées au centre, ulcérées, puis recouvertes de croûtes ecthymateuses. La suppuration est abondante, la douleur très vive empêche tout mouvement. Chaque jour apparaissent de nouveaux éléments éruptifs.

Le malade est dans un état d'asthénie profonde. Il est tourmenté par des douleurs insupportables dans les articulations des genoux et des coudes. La température s'élève tous les soirs à 38°,6 ou 38°,9. L'anorexie est complète.

Le 2 mars, tout en conservant le traitement mercuriel, on injecte dans le tissu cellulaire de la face externe de la cuisse gauche, 450 gr. du liquide suivant :

Chlorure de sodium.....	7 grammes.
Phosphate disodique cristallisé.....	2 —
Eau.....	1,000 —

Dans la soirée la température atteint 38°,7. Un peu de douleur au lieu de l'injection. Polyurie 2,250 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain et les jours suivants, la température vespérale redevient normale.

Le 10. Deuxième lavage, 500 gr. sont injectés dans la cuisse droite, en une demi-heure.

Légère élévation thermique le soir, 38°,3. L'urine, qui la veille représentait 1,500 gr., atteint 2,400 dans les vingt-quatre heures.

Le 16. Amélioration très nette de l'état général. La fièvre et les algies ont

disparu, l'appétit renaît. Les surfaces ecthymateuses sont détergées, bourgeonnantes, manifestement en voie de cicatrisation.

Le 21. Troisième lavage. Injection dans la cuisse gauche, 500 gr. Température le soir, 38°, 1, redescend le lendemain matin à 37°. Pas de réaction locale. Polyurie à 2,400. Pas d'albuminurie. Urée — 10 gr. Acide phosphorique 1,20 par litre.

Le 27. Quatrième lavage, 500 gr. Température le soir à 38°, 8.

2 avril. Cinquième lavage, 500 gr. La température n'est plus influencée.

Le 11. Sixième lavage, 400 gr.

Le 19. Septième lavage, 300 gr.

Toutes les surfaces ulcérées sont complètement cicatrisées. Les papules non ulcérées disparaissent en laissant à leur place une pigmentation légère. Le malade a un appétit presque exagéré, se lève toute la journée et reprend de l'embonpoint. Il peut être considéré comme guéri.

Le 16 mars, les frictions ont été supprimées et remplacées par deux pilules de Dupuytren. Désireux de voir l'évolution ultérieure de la maladie, je garde le malade jusqu'au 24 juillet, en lui administrant des pilules pendant vingt jours chaque mois. Il sort à cette époque sans aucune récidive.

J'ai revu ce jeune homme en mars 1899; il n'avait eu aucune récidive.

OBS. II. — Adolphe M..., 37 ans, verrier, entré à l'Antiquaille le 2 août 1898.

Il y a cinq ans et demi, chancre syphilitique traité à l'Antiquaille par M. Cordier. Chancre peu volumineux, accompagné d'une adénopathie insignifiante.

Les accidents secondaires furent, dit-il, graves et persistants : plaques muqueuses buccales et pharyngiennes, dysphagie, dysphonie, syphilides papuleuses très confluentes, bientôt remplacées par une éruption papulo-squameuse, céphalée et arthralgies très douloureuses et très durables.

Ce malade avait, avant d'être infecté, des habitudes d'alcoolisme invétérées qu'il n'a perdues qu'en partie.

Quoiqu'il se soit traité constamment par le mercure et l'iode depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis cinq ans, il n'a peut-être jamais passé un mois sans souffrir de manifestations syphilitiques.

Ces manifestations d'abord superficielles et résolutives sont devenues sans cesse plus profondes et destructives. A diverses époques il a eu des ulcérations de la voûte palatine, de la cloison nasale, et de très nombreux foyers ulcéreux sur la peau dont les cicatrices se voient gaufrées, vaccini-formes sur tous les points du tégument.

Son entrée à l'hôpital est motivée principalement par des lésions du visage.

Le nez est rouge, épaissi, gonflé en totalité, çà et là sur le fond uni-forme saillent des papulo-tubercules, non ulcérés, recouverts d'une petite squame.

La lèvre supérieure est atteinte de même et tuméfiée en masse, léontiasique. Sur les joues, sur les pommettes, nombreux tubercules, reposant sur une peau presque saine.

Un certain nombre de ces éléments ont disparu spontanément ou sous

l'influence des traitements suivis par le malade, laissant à leur place des cicatrices blanchâtres, déprimées.

Sur quelques points, au lieu de tubercules, se voient les éléments volumineux, agminés, suivant des lignes courbes, formant par leur réunion des figures à contours polycycliques.

Une plaque large comme une pièce de deux francs siège au-dessus du sourcil droit.

Pas de phénomènes subjectifs, ni prurit, ni cuissons.

A la fesse droite, grandes ulcérations couvrant la largeur de la paume de la main par leur confluence.

Au centre la peau rouge sombre, cicatricielle, entourée par une couronne d'ulcérations circulaires, formant une circonférence de croûtelles noirâtres peu adhérentes, laissant apercevoir, après leur chute, des ulcérations bourgeonnantes tantôt isolées, tantôt coalescentes.

Les jambes sont revêtues de vastes placards de syphilides tuberculo-squameuses, çà et là ulcérées et croûteuses.

Des plaques analogues existent sur les bras et les avant-bras.

L'état général est relativement bon ; pas d'amaigrissement notable.

Du 2 septembre au 22 octobre, on pratique chaque semaine une injection hypodermique de 0,05 centigrammes de calomel. Après la septième injection le traitement est suspendu.

Pendant le premier mois, l'amélioration a été assez rapide du côté du visage principalement, les tubercules se sont affaîssés, la rougeur a diminué. A la fesse l'ulcération a paru se cicatriser, puis l'état est resté stationnaire.

Le 1^{er} novembre on prescrit 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Sous l'influence de ce médicament la cicatrisation reprend sa marche, et au commencement de janvier il ne reste plus que les surfaces tuberculeuses des jambes quoique très améliorées.

A partir du 15 décembre, de dix jours en dix jours on a alterné les frictions à la dose de 6 grammes d'onguent par jour, avec l'iodure de potassium. Des accidents d'iodisme, inappétence, coryza, obligent à supprimer l'emploi de l'iodure de potassium.

Afin d'arriver à une guérison totale, on reprend, le 5 janvier, les injections de calomel. Quatre injections sont faites les 5, 11, 18, 25 janvier. Loin de s'améliorer l'état s'aggrave brusquement, les tubercules réapparaissent au visage, et avec eux de volumineuses pustules d'ecthyma à la lèvre supérieure, sur les cuisses, dans l'aîne gauche. L'ulcération première s'agrandit par l'extension de son bord ulcéré.

En même temps l'état général fléchit. Le malade a perdu l'appétit, a de la diarrhée, des algies erratiques, et a perdu des forces au point de ne pouvoir quitter le lit. Pas d'albuminurie.

Les injections de calomel sont supprimées. Les 3, 8, 14 février, et 18 février, on pratique une injection de 450 grammes de sérum artificiel, dans la paroi abdominale. La réaction est peu considérable après les trois premières injections, la température s'élève le soir, la diurèse est abondante dans les 24 heures consécutives.

Trois jours après la première injection, les modifications locales et générales étaient évidentes : les pustules ecthymateuses s'étaient élargies, la rougeur des tubercules était moindre, le malade éprouvait un sentiment de bien-être.

Après la seconde injection, 8 février, le malade prit de nouveau 3 grammes d'iode de potassium par jour jusqu'à la fin du mois. A ce moment toutes les ulcérations étaient cicatrisées, les tubercules affaissés et pâlis, l'embonpoint revenu en partie.

Le malade a quitté l'hôpital, le 29 mars, complètement guéri.

L'action des injections n'est pas contestable. Dans le premier cas elles ont amené, dans une syphilis maligne précoce, un résultat que n'avaient pu procurer le mercure en frictions et l'iode de potassium.

La seconde observation n'est pas moins probante, ayant trait à une syphilide maligne tardive, qui se développait au moment même où étaient employées les injections de calomel. L'influence du lavage s'est manifestée rapidement et héroïquement ; dès le premier lavage les lésions ont été influencées et le traitement spécifique, impuissant jusque-là, a retrouvé toute sa vigueur.

Comment agit cette médication ? Est-ce simplement en excitant la diurèse, par une action dépurative résultant de l'hyperactivité rénale, les toxines étant rejetées au dehors ? Est-ce en provoquant l'activité des leucocytes, en multipliant les agents de défense de l'organisme contre les virus ? Les combinaisons des médicaments spécifiques avec les cellules sont-elles plus énergiques, dans le milieu nouveau constitué par le sérum artificiel ?

Je me propose, dès que j'en trouverai l'occasion, de vérifier, s'il m'est possible, ces diverses hypothèses ; pour l'instant je me borne à affirmer l'efficacité du procédé.

Quant au mode d'emploi, voici celui qui me paraît le meilleur : injections tous les cinq ou six jours de 4 ou 500 grammes. Plus la réaction fébrile est forte, plus la diurèse est abondante, plus l'effet thérapeutique paraît énergique.

Je ne crois pas qu'il soit utile de prolonger longtemps la médication : quatre ou cinq lavages doivent, pour une série, produire tout l'effet possible. Dès que l'injection ne provoque plus de réaction, l'organisme ne paraît plus ressentir le coup de fouet, si manifeste dans les premiers lavages. L'élévation de la température, la polyurie sont, je crois, la pierre de touche de l'effet utile.

NOTE POUR SERVIR

A

L'ÉTUDE DE LA QUESTION DE L'ECZÉMA PARASITAIRE

A PROPOS DE LA PUBLICATION

DU SECOND FASCICULE DE L'ATLAS HISTOLOGIQUE DE UNNA (1)

Par M. Leredde.

Au moment où la question de la nature parasitaire de l'eczéma est à l'ordre du jour, il convient de signaler la publication par M. Unna, d'un fascicule consacré à la représentation et à l'explication des lésions histologiques de cette maladie. M. Unna est l'auteur de la théorie parasitaire; son nouveau travail apporte à l'appui de cette théorie de nouveaux arguments, que l'on peut dégager de l'étude des planches et du texte.

La théorie parasitaire doit répondre aux deux questions suivantes :

Existe-t-il réellement dans les lésions de l'eczéma, et d'une manière constante, des agents microbiens?

Cette présence de formes parasitaires établie, peut-on considérer les parasites comme les agents des lésions, ou s'agit-il de saprophytes, de microbes banals, développés à la faveur des lésions de l'eczéma?

A la première question, M. Unna répond en représentant, dans toutes ses planches, des amas microbiens.

La solution de la deuxième question est des plus délicates. Il faut espérer qu'un jour on arrivera à réaliser toutes les lésions de l'eczéma au moyen de cultures des microbes qu'on y trouve, et M. Unna, nous le verrons plus loin, a essayé de le faire, mais on sait combien il est difficile de déterminer des altérations de la peau au moyen des microbes qui les causent, et on peut chercher à résoudre la difficulté d'une autre manière.

On peut essayer de montrer que l'eczéma ne peut se comprendre autrement que comme une maladie parasitaire, c'est une affection où les agents microbiens, développés à la faveur d'altérations complexes du terrain, déterminent les lésions que nous appelons «eczémas». C'est ce que nous avons essayé de faire dans un travail qui a été l'objet d'une discussion récente entre M. Török et nous-même, publiée dans ces *Annales*.

Mais on peut également tirer de précieux renseignements de l'étude

(1) P. G. UNNA. *Histologischer Atlas für Pathologie des Haut*, Heft 2, Hambourg. Voss, 1898.

analytique des coupes, où l'on peut chercher à élucider les rapports qui existent entre les microbes et les lésions. Aussi est-il intéressant d'étudier les préparations et le texte de M. Unna. Nous n'insisterons que sur les détails importants au point de vue de la théorie parasitaire; nous passerons sur les autres faits histologiques, et pour l'étude de l'anatomie pathologique de l'eczéma, telle que la comprend Unna, nous renverrons à l'analyse critique si remarquable de M. Darier, où tous les faits importants du travail de Unna sont mis en relief.

La première planche du fascicule (numérotée planche VII) représente les lésions de l'eczéma chronique.

La première figure comprend, à la partie supérieure du corps muqueux proliféré (acanthose), une vésicule dont la partie inférieure est formée de sérum presque pur; plus haut, sous la couche cornée, on trouve les amas microbiens formés de cocci agglomérés auxquels Unna donne le nom de morocoques, et quelques leucocytes.

Dans la deuxième figure, qui représente une vésicule formée de deux étages superposés, séparés par une lamelle cornée, on trouve des amas semblables à tous les étages.

La troisième figure montre une vésicule superficielle contenant du sérum et des morocoques, certains en forme de diplocoques, et profondément une vésicule remplie de globules blancs. Mais ces globules blancs ne sont pas des globules de pus; ils sont séparés les uns des autres par du sérum. Unna croit pouvoir assurer qu'une infiltration staphylococcique ne peut jouer aucun rôle dans ces lésions très différentes de celles de l'impétigo staphylogène.

Ces trois figures fournissent un argument important en faveur du rôle des parasites dans la genèse des lésions microscopiques. Il s'agit d'eczéma chronique; le diagnostic ne peut être contesté. Or, dans tous les vésicules on trouve des agents microbiens, nombreux, faciles à mettre en évidence par les techniques de Unna. Pourquoi ces microbes agissent-ils d'une manière différente des saprophytes banals de la peau? Nous savons que lorsque ceux-ci prolifèrent au niveau des vésicules autres que celles de l'eczéma, ils provoquent une diapédèse de leucocytes polynucléaires et peu à peu la transformation purulente. Dans l'eczéma, on trouve des vésicules qui ne se troublent pas, où l'afflux de globules blancs est limité; et si certaines vésicules peuvent se remplir de leucocytes (figure 3), c'est là un fait exceptionnel, et d'après Unna, elles offrent encore un type anatomique spécial. Si les cocci que l'on trouve dans les vésicules eczémateuses sont des saprophytes, il faut admettre qu'ils prolifèrent sans provoquer aucune réaction pathologique, ce qui est bien anormal.

La deuxième planche (pl. VIII) est consacrée à l'étude du processus de guérison des vésicules eczémateuses. Les figures représentent, les unes des vésicules en voie de dessiccation, contenant des « moro-

coques », à leur partie supérieure, les autres des croûtes où l'on trouve au milieu de lamelles cornées et, surtout dans l'épaisseur de la granuleuse hypertrophiée, des amas de microbes ayant le même caractère. Une d'elles représente des amas importants de « morocoques » et l'on voit au-dessous de ces amas, dans l'épaisseur même de la couche granuleuse et dans le corps muqueux de nouvelles vésicules se former.

Au niveau des extrémités de la préparation, il n'y a pas de « morocoques », au moins pas de « morocoques » en prolifération, et aucune vésicule.

Dans la troisième planche (pl. IX), nous voyons les lésions d'un eczéma séborrhéique du cuir chevelu. Dans ces lésions, on trouve un plus grand nombre de formes microbiennes, à savoir des cocci (morococci), des bacilles bouteille et même, dans un follicule pileux représenté sur cette figure, des amas du bacille de la séborrhée grasse de Sabouraud. Mais, ici, les lésions sont différentes de celles qui ont été déjà étudiées ; ce sont surtout des squames et des croûtes, et il faut tenir compte des infections microbiennes qui ont précédé l'infection eczématisée. Cependant, dans la première figure de la planche, on ne trouve en abondance que des cocci, et ici les lésions sont beaucoup plus voisines de celles de l'eczéma chronique déjà représenté : on assiste à la transformation d'une vésicule en croûte, on retrouve dans cette croûte des « morocoques » ; à la partie supérieure, au-dessous de la croûte, on observe la transformation spongoïde du corps muqueux, qui est la lésion antérieure à la formation vésiculaire dans l'eczéma (Unna). Et c'est toujours la correspondance que nous avons signalée plus haut entre la formation vésiculaire et la présence de « morococci ».

Une autre planche (pl. X) concerne l'eczéma séborrhéique du corps. Trois figures représentent des préparations de pièces fixées à l'acide osmique, destinées à montrer la surcharge graisseuse qui se fait dans le derme, les glandes sudoripares ; les microbes ne sont pas colorés. Une autre préparation, provenant d'une pièce fixée à l'alcool, montre la présence de « morocoques » dans la couche cornée épaisse, en état de parakératose, c'est-à-dire que les noyaux des cellules cornées sont conservés et que la couche granuleuse a disparu. Au même niveau, on note la tuméfaction des papilles, l'hypertrophie des cônes, l'infiltration cellulaire dans le derme. Ici, les faits pathologiques ne sont pas assez différenciés pour qu'on puisse considérer les cocci, vus dans la couche cornée, comme les auteurs des lésions profondes, et on ne peut rejeter, sans autres preuves, l'hypothèse d'après laquelle ils proliféreraient dans la couche cornée, par suite des altérations de la structure et de la composition chimique de celle-ci, dues aux lésions plus profondes de la peau.

Enfin, deux figures de la dernière planche (pl. XI) représentent les

lésions de l'eczéma aigu expérimental. Il s'agit de vésicules d'eczéma observées sur la main d'un enfant atteint d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu. Les vésicules sont tout à fait différentes de celles de l'eczéma chronique ; ce sont des vésicules chargées de leucocytes et de cellules épithéliales altérées (« ballonnées ») ; on y trouve le « morocoque » en prolifération, parfois contenu dans des globules blancs, et ici, il n'y a pas à mettre en doute son action pathogène : on saisit sur le vif la réaction des tissus en défense contre le microbe nocif, caractérisée par la diapédèse et la phagocytose.

Les lecteurs de ces *Annales* qui ont lu la critique de M. Török, consacrée à son travail sur l'eczéma, maladie parasitaire, se rappelleront que pour Török, ces lésions, où M. Unna figure des morocoques » dans des vésicules d'eczéma aigu, sont des lésions d'impétigo. M. Unna distingue soigneusement son « eczéma aigu » de l'« impétigo staphylogène » de Bockhart ; mais comme il fait à juste titre, je crois, de l'impétigo un cadre morbide comprenant une série d'infections vésiculeuses superficielles, on peut faire de l'eczéma aigu de Unna, un impétigo « morogène », qui n'aurait rien à voir avec le véritable eczéma. A ce point de vue, il faut l'avouer, les recherches de M. Unna sont incomplètes ; on pourrait souhaiter que l'étude histologique de l'eczéma aigu soit étendue à des cas, qui ont un rapport indiscutable avec ce que tout le monde appelle eczéma, par exemple à des poussées aiguës d'eczéma au cours d'un eczéma chronique — il serait tout à fait important d'y surprendre l'action microbienne sur le fait.

Mais, comme nous l'avons vu, l'étude des figures consacrées à l'eczéma chronique fournit de sérieux arguments à la théorie parasitaire : contre la prolifération microbienne, la peau réagit par une exsudation séreuse qui aboutit à la formation de vésicules, c'est-à-dire de la plus importante des lésions eczématisques, et il est difficile de croire que l'œdème, la formation vésiculaire soient la cause des proliférations microbiennes que l'on constate à leur niveau, proliférations d'aspects différenciés, ne provoquant pas les réactions des staphylocoque et autres saprophytes banals de la peau.

Tout ce que nous connaissons sur les mœurs des microbes nous interdit de penser qu'ils puissent proliférer dans les tissus sans produire des effets pathologiques. Ceux que l'on appelle des saprophytes sont des microbes présents dans certaines régions, mais vivant d'une vie presque latente, sauf à la période agonique, où la prolifération microbienne n'éveille plus les réactions des tissus. Si, dans les tissus eczématisques, on trouvait constamment une forme microbienne déterminée, ayant des caractères bactériologiques bien tranchés, ou si, ce qui paraît maintenant plus probable, on trouvait des formes multiples, répondant chacune à des types d'eczéma que l'on

puisse différencier microscopiquement, peut-être même cliniquement, la question de l'origine parasitaire de l'eczéma (c'est-à-dire, nous le répétons, des lésions eczématisques) ne devrait même plus, croyons-nous, être discutée.

Il faut cependant reconnaître que la question n'est pas aussi avancée. Le morocoque, décrit par Unna, correspond-il réellement à une espèce microbienne ? Seules, les réactions de culture peuvent nous le dire. Seules, elles peuvent montrer ce que sont réellement des microbes que les réactions microscopiques ne suffisent pas à caractériser d'une manière complète. C'est maintenant le rôle de la bactériologie de résoudre dans leurs détails les problèmes posés par la clinique et l'anatomie pathologique, d'après lesquelles l'origine parasitaire des eczémas nous paraît certaine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 4 MAI 1899

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Présentation d'ouvrage. — Correspondance. — Pityriasis rubra pillaire. Desquamation totale de la paume des mains et de la plante des pieds, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. BESNIER.) A propos d'un cas de mycosis fongique anormal, par M. AUGAGNEUR. — Vergetures syphilitiques du tronc, par M. DANLOS. (Discussion : M. BESNIER.) — Tuberculose cutanée serpigneuse de la jambe, par M. DANLOS. (Discussion : M. BESNIER.) — Sur un nouveau cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, par M. HALLOPEAU. — Sur une localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à l'application de pointes de feu, par MM. HALLOPEAU et GARDNER. — Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique, développée au pourtour d'un chancre induré, par MM. HALLOPEAU et BRICET. — Sur un cas de sarcomes mélaniques primitivement localisés au membre inférieur gauche, par MM. HALLOPEAU et GARDNER. — Sur les cicatrices d'apparence ortiée dans la dermatite bulleuse héréditaire et traumatique, par M. HALLOPEAU. — Myocardite et gangrène symétrique des extrémités digitales chez une malade asystolique atteinte de périostite tibiale syphilitique, par MM. GASTOU et HERSCHER. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Une famille de dégénérés par la syphilis et l'alcool, par M. E. FOURNIER. (Discussion : MM. JACQUET, AUGAGNEUR, A. FOURNIER, RENAULT, DE BEURMANN, GASTOU, BROcq, BESNIER.) — Lichen plan atypique avec placards de lichen acuminé, par MM. DIEULAFOY et DÉHU. (Discussion : MM. BESNIER, BROcq.) — Roséole syphilitique étendue à la face et prurigineuse seulement à ce niveau, par M. ALEX. RENAULT. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, MOREL-LAVALLÉE, A. FOURNIER, DU CASTEL.) — Cas de lichen scrofulosorum, par M. A. FOURNIER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DU CASTEL, DARIER.) — Un cas d'hypertrichose lombaire, par MM. DE BEURMANN et DELHERM. — Hyperostose massive totale des deux tibias, nécrosante, d'origine hérédo-syphilitique, par M. G. ÉTIENNE. — Mort d'un nouveau-né syphilitique par hémorragie pleurale et par rupture de la rate avec hémorragie profuse dans le péritoine, par M. PAUL BAR. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Un cas d'érythème bulleux par ingestion d'antipyrine ; couronne bulleuse péri-anale syphiloïde, par MM. BARTHÉLEMY et RELLAY. — Dermatite polymorphe douloureuse à forme grave, par MM. Ch. AUDRY et DAUNIC. — Actinomycose cutanée de la face, par M. L. PERRIN. — Emploi des injections de sérum artificiel de Hayem dans les syphilis malignes, par M. AUGAGNEUR.

Présentation d'ouvrage.

M. le Pr FOURNIER fait hommage à la Société du tome 1^{er} du *Traité de la Syphilis*, rédigé en collaboration avec M. le Dr Edmond FOURNIER : Paris, 1899.

Ouvrages reçus.

DUNCAN BULKLEY. — Notes on the absorption versus the digestion of milk. Extr. : *The Journal of the American medical Association*, 1898.

COLOMBINI. — Bacteriologische and histologische Untersuchungen über die Bartholinitis (Ein Beitrag zum Studium über Pathogenese). Extr. : *Archiv für Dermatologie und Syphilis*.

LEGRAIN. — Notes sur la pathologie spéciale des indigènes algériens. Extr. : *Revue médicale de l'Afrique du Nord*, 1899.

Pityriasis rubra pilaire. Desquamation totale de la paume des mains et de la plante des pieds.

Par M. DU CASTEL.

M. D..., 5 ans, a été prise subitement, il y a environ deux mois, d'une desquamation complète de la paume des mains et de la plante des pieds. Actuellement ces régions sont d'un rouge vif, sèches, recouvertes d'un épiderme mince. La limite de la peau saine et de la peau malade se fait d'une façon brusque le long des limites des faces palmaire et dorsale des pieds. L'altération morbide occupe la paume des mains, excepté sa partie tout à fait centrale, et se prolonge tout le long de la face inférieure des doigts. Pas d'altération des ongles. Sur la face dorsale des doigts, au niveau des régions pilaires, accumulation de petits grains épidermiques coniques. Au niveau des sommets des coudes et des genoux, plaques squameuses entourées de petits grains coniques épidermiques. Depuis quelques jours, de petits grains épidermiques commencent à se montrer sur toute la surface du corps.

L'état de la santé générale est excellent.

Le diagnostic ne me paraît pas douteux : nous sommes en présence d'un pityriasis rubra pilaire nettement caractérisé par l'état granité du dos des doigts : l'état des mains et des pieds présente au plus haut degré l'altération palmaire et plantaire que notre président a montrée faire partie constituante et constante du tableau du pityriasis rubra pilaire. Il est intéressant de voir l'importance que la lésion des mains et des pieds peut prendre dans le tableau pathologique, dans lequel elle peut être le symptôme prédominant et premier.

M. BESNIER. — Ce cas est très net quoiqu'il y ait quelques particularités qui pourraient faire hésiter. En effet, chez l'enfant le système pilaire est peu développé et par cela même les lésions pilaires demandent à être recherchées attentivement. Ici on les trouve sur la face dorsale des phalanges, avec les mêmes caractères que chez l'adulte. En second lieu, la desquamation de la paume de la main est, chez cette enfant, tout à fait spéciale au pityriasis rubra et, à ce titre, il est intéressant de la rapprocher des desquamations d'autre nature se produisant au même siège dans certaines affections cutanées.

A propos d'un cas de mycosie fongoiïde anormal.

Par M. V. AUGAGNEUR.

L'observation que je rapporte me semble devoir être rattachée au mycosis fongoiïde, quoique certains détails soient en dehors du cadre habituel de cette affection. D'autre part, s'il s'agit bien là de mycosis fongoiïde, il est peut-être possible de se servir des caractères particuliers de ce fait, pour rapprocher les diverses formes cliniques du mycosis.

Benoit P..., âgé de 62 ans, actuellement sans profession, mais ayant longtemps exercé celle de voyageur pour les liquides, entre à l'Antiquaille le 1^{er} février 1898.

Cet homme, né dans le département de l'Isère, n'a jamais quitté la région lyonnaise.

Sa santé fut toujours excellente; il est père de six enfants bien portants. Jamais il n'eut d'affections vénériennes ou cutanées, aucune maladie notable. Le seul antécédent à retenir est son intempérance invétérée. Pendant quinze ans, dit-il, jusqu'à l'année dernière, il n'a jamais passé un jour sans boire un litre d'eau-de-vie, et quantité de vin.

A son entrée nous constatons ce qui suit : les mains et les doigts, surtout à gauche, sont le siège d'une infiltration diffuse, assez régulière, présentant pourtant, çà et là, quelques nodosités appréciables à la vue et au toucher. Sur la face dorsale des mains et des phalanges la peau tuméfiée a une teinte bleue violacée, assez uniforme, mais assez modifiable, d'un jour à l'autre, parfois plus bleue, parfois plus rouge. L'œdème et la coloration qui l'accompagne occupent toute la main, les doigts compris, et s'arrête par une ligne irrégulière au niveau du poignet. Plus haut, au tiers inférieur de l'avant-bras, une macule œdémateuse et bleuâtre se dessine sur la peau saine, séparée des altérations sur la main par un flot de tissus intacts.

Les doigts sont doublés de volume, en radis, rappelant la main de lépreux. L'avant-bras étant très maigre, peu musclé, a paru jaunâtre, les mains paraissent démesurées, le contraste étant rendu plus frappant par les modifications de la couleur.

A la paume des mains, les sillons sont plus profonds qu'à l'ordinaire, en raison du gonflement. La peau donne une sensation savonneuse au toucher.

Les poils ont disparu sur toute la région dorsale; la sueur, très abondante autrefois, est tarie; les ongles sont amincis, fendillés.

Indépendamment de l'œdème, nous notons, çà et là, des tubercules allant du volume d'un pois à celui d'un noyau de cerise. Ils sont plus nombreux sur la face dorsale de la main, sur son bord interne et près du poignet. Ces tubercules, ou mieux ces tumeurs, se montrent à des degrés divers de développement.

Les uns font à peine un relief au toucher; ce sont de petites papules ayant la même coloration que l'œdème périphérique; il semble que ce soient les points où l'œdème soit un peu plus marqué. Les autres sont

de véritables tumeurs implantées par une large base, recouvertes d'un épiderme normal, en continuité directe avec l'épiderme voisin.

A l'examen, aucune de ces tumeurs n'est ulcérée lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

Aux pieds, et surtout au pied gauche, se voient les mêmes symptômes qu'aux mains. L'œdème y est plus accusé, plus dur, il est impossible d'y produire un godet par la pression du doigt. L'œdème remonte plus haut sur les jambes que sur les avant-bras ; la jambe gauche est envahie jusqu'à sa partie moyenne. Comme aux mains les poils ont disparu, les ongles sont encore plus amincis, striés, cassants. La transpiration, jadis très abondante, a complètement disparu.

Les tumeurs sont plus nombreuses et plus volumineuses qu'aux mains. Les unes sont recouvertes d'une épaisse couche cornée ; les autres sont ulcérées, sécrètent une sanie fétide, creusées en leur centre comme d'un cratère, au fond duquel se voit une sorte de boue rougeâtre. Les tumeurs ulcérées sont très hémorrhagiques. Sur la face plantaire du pied gauche les tumeurs sont très nombreuses, serrées les unes contre les autres en choux-fleurs : elles restent cependant toujours distinctes. Des tumeurs isolées, de volume variable, quelques-unes ulcérées, se voient sur la face dorsale du pied et des orteils, sur le bord interne du pied, au niveau du talon. Sur le reste du corps, les phénomènes sont beaucoup moins marqués.

La tête est indemne, rien à la face, pas d'alopécie ; j'insiste sur cette intégrité absolue du visage.

Sur le tronc, au niveau du dos, de la poitrine, sur les faces latérales, se voient de larges taches dont la teinte érythémateuse sur certains points, plus pigmentée sur d'autres, tranche avec la coloration de la peau normale, dont nous pouvons juger par l'aspect du visage. Les plaques d'érythème ne desquamant pas, mais semblent tendre à la pigmentation. Leur couleur varie d'ailleurs, comme nous l'avons vu pour l'œdème des extrémités. Leurs bords sont irréguliers, festonnés, échappant à toute description, ne conservant que ce caractère général d'être limités par des lignes courbes.

Sur la face externe de la jambe gauche, au niveau et au-dessous de l'articulation du genou, se voient deux placards éruptifs, l'un large comme la paume de la main, très irrégulier, l'autre du diamètre et de la forme d'une pièce de deux francs, séparés par la peau saine.

A ce niveau la peau est rouge foncé, un peu surélevée, et desquame assez fortement. Sur quelques points de ces plaques éruptives se dessinent de petits tubercules, ébauches de tumeurs.

Les phénomènes subjectifs sont nuls. Toutes ces lésions se sont installées sans douleur, sans prurit. La marche est gênée mécaniquement par la tuméfaction des pieds, par la saillie des tumeurs plantaires, douloureuses seulement quand elles suppurent après ulcération. Les mains sont moins adroites par les mêmes raisons.

L'état de la sensibilité a été très soigneusement étudié ; tous les modes de sensibilité sont intacts. Il n'y a ni diminution, ni excitation, ni dissocation ; la douleur, le contact, la température sont parfaitement appréciés.

Rien sur les trajets des troncs nerveux. L'état général est aussi bon

que peut l'être celui d'un homme de 62 ans ; son alcoolisme lui a relativement très peu nuï.

Rien dans les fosses nasales : la bouche, le larynx, la voix sont normales. Rien aux poumons, ni au cœur ; voies digestives en bon état.

Le système lymphatique est indemne : un ganglion un peu tuméfié à la pointe du triangle de Scarpa à gauche, et en rapport avec l'ulcération des tumeurs du pied.

Les urines sont normales ; le sang ne présente pas de leucocytose.

La maladie remonte à cinq ans. Elle a débuté par la plaque éruptive située sur la face externe de la jambe gauche, au niveau du genou. Cette plaque, quand le malade l'aperçut, était presque aussi large qu'aujourd'hui, mais moins rouge et moins saillante. Il en attribua l'apparition à un choc reçu un an plus tôt sur le même point. Très vraisemblablement, les plaques érythémateuses du tronc sont aussi anciennes, ou se sont développées pendant cet intervalle de cinq ans ; le malade peu soigneux ne les a pas remarquées. Comme elles ne donnent lieu à aucune douleur, il ne les a vues que lorsque nous les lui avons signalées. Celle du genou seule l'avait frappé, parce qu'elle est plus colorée, et placée dans une région plus accessible à son examen.

Les symptômes, si marqués aujourd'hui, au niveau des pieds et des mains, n'existent que depuis cinq mois, et auraient débuté par le pied droit. L'œdème seul serait survenu d'abord, puis, après trois semaines, aurait rétrogradé, pour se montrer de nouveau.

Les premiers tubercules siégeaient sur la face externe du gros orteil, et étaient indolores. Ils étaient au nombre de trois. Ils s'ulcérèrent par le frottement, suppurèrent, puis disparurent spontanément.

Il y a trois mois, les mains et les pieds furent atteints à la fois, avec prédominance des lésions à gauche. Certains tubercules disparaissent spontanément, sans ulcération ; ils s'affaissent, se dessèchent, la carapace épidermique qui les recouvrait desquame, et il ne reste à leur place que le tissu œdémateux. Quand ils se résorbent après ulcération, ils ne laissent aucune cicatrice, pas plus d'ailleurs qu'en se résorbant sans s'ulcérer.

Après son entrée à l'hôpital, le malade fut soumis simplement à des pansements aseptiques : bain d'eau tiède tous les matins, dessiccation, puis application d'un mélange le talc et de bismuth. Bientôt l'œdème diminua, sans disparaître entièrement ; cependant la main droite redevenit presque normale. Les tubercules ulcérés se cicatrisèrent, le plus grand nombre disparut, et le 9 avril le malade demanda sa sortie.

Il rentra dans le service en octobre 1898, et s'y trouve encore aujourd'hui. Les symptômes sont identiques, mais plus accusés. Les tumeurs se sont multipliées aux pieds, l'œdème est plus considérable ; de petites tumeurs se sont élevées sur les plaques éruptives de la face externe de la jambe.

Tous les autres symptômes sont restés immuables : l'état général n'est pas sensiblement atteint.

Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre la lèpre et le mycosis fongoïde.

La lèpre doit être absolument écartée : il n'y a aucun trouble de la sensibilité, le visage est indemne, les troncs nerveux intacts ; le larynx, les fosses nasales, la cavité buccale exempts de toute altération. Enfin, des recherches plusieurs fois répétées ont fait constater l'absence du bacille de Hansen dans les tubercules ulcérés ou non ulcérés.

La présence d'érythèmes préexistant aux poussées de tumeurs, ou concomitants de ces poussées ; l'apparition et la régression spontanée, avant ou après ulcération, de ces tumeurs ; leur forme, leur évolution, le peu d'influence de cette grave maladie de la peau sur l'état général, se rapportent au mycosis.

Il est cependant, dans mon observation, plusieurs faits qui semblent anormaux et ne permettent pas de la classer nettement dans les diverses catégories de mycosis établies.

J'attire d'abord l'attention sur l'absence complète de prurit soit au niveau des tumeurs, soit au niveau des surfaces érythémateuses. Cette indolence est en opposition avec tout ce qui a été dit des symptômes subjectifs du mycosis.

La lésion élémentaire caractérisant ici l'éruption prémycosique est non moins exceptionnelle. Elle est constituée par un érythème peu congestif, aboutissant à une hyperpigmentation légère, non desquamant. Sur tout le tronc l'éruption a conservé ce caractère jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis plusieurs années. Il en résulte que l'aspect du malade rappelle beaucoup plus celui d'un lépreux maculeux que d'un érythème prémycosique. L'érythème n'est devenu lichénoïde que sur un point limité, à la face externe du genou.

L'absence de prurit, la faible coloration de l'éruption, l'absence de desquamation expliquent que toute la période prémycosique soit passée inaperçue pour le malade, et que l'apparition des tumeurs ait été pour lui la première manifestation de sa maladie.

Les œdèmes si marqués des extrémités sont encore bien plus anormaux. J'ai trouvé ces œdèmes signalés nulle part avec la forme qu'ils ont ici. Dans une observation de Demange (*Annales de Dermatologie*, 1874) un œdème considérable du visage est noté ; mais c'est un œdème développé autour de tumeurs ulcérées, un œdème aigu, inflammatoire et n'ayant pas de rapports avec ce que j'ai vu chez mon malade. L'œdème, dans mon observation, précède les tumeurs, appartient à la période prémycosique, s'atténue, augmente, varie d'épaisseur et de coloration, persiste des mois, sur certains points, sans qu'aucune tumeur se développe à sa surface. L'œdème paraît une lésion indépendante des tumeurs, une sorte de lésion élémentaire à ajouter dans la nomenclature des symptômes mycosiques locaux aux dermatoses et aux tumeurs.

En tenant compte de l'originalité de certains de ses caractères,

mon cas ressort comme une combinaison des divers types classiques du mycosis admis jusqu'ici, comme démontrant, grâce à l'enchevêtrement des divers types, leur étroite parenté.

Du type classique il possède les deux étapes éruptives et néoplasiques : l'apparition des tumeurs sur des surfaces atteintes antérieurement d'éruption ; la durable indifférence de l'état général.

Mais il s'éloigne de ce type classique par l'absence de prurit, par la bénignité des érythèmes, leur superficialité, par la localisation des tumeurs sur des régions limitées, par les œdèmes qui constituent le symptôme le plus important.

De la forme à tumeurs d'emblée, de Vidal et Brocq, il présente les tumeurs plus localisées que dans la forme classique, et s'en rapprocherait plus encore, les tumeurs semblant se développer d'emblée, si l'on s'en rapportait au malade, pour qui les érythèmes passèrent inaperçus.

Enfin les œdèmes, non observés jusqu'ici dans le mycosis vrai, sont un des caractères essentiels de la lymphodermie pernicieuse de Kaposi. Mais la lymphodermie est une maladie grave, accompagnée de leucocytose, d'hypertrophie splénique et ganglionnaire, amenant une mort rapide.

Il me semble que cette observation est digne d'intérêt, en ce qu'elle établit la parenté étroite de divers types de mycosis, en montrant que certains faits empruntent quelques caractères à chacun de ces types, sans qu'il soit possible de les assimiler complètement à l'un d'eux.

En terminant, je dois ajouter que l'examen histologique de plusieurs tumeurs a été pratiqué par M. Paviot, agrégé chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté. Voici le résumé des notes qu'il m'a remises.

Les tumeurs non ulcérées sont recouvertes par un épiderme épais ; les papilles dermiques sont dépliées. Ces tumeurs sont très hémorragiques et le sang est épanché en grande quantité dans les espaces interfasciculaires du tissu conjonctif. Quand on tombe sur des points où l'épanchement sanguin permet l'examen des tissus, on reconnaît que la plus grande partie de la tumeur est constituée par un tissu conjonctif dont les fibres sont remplacées en partie par des cellules fusiformes, et les mailles occupées par des cellules rondes se colorant aisément. L'aspect général de la lésion est celui d'une inflammation subaiguë.

Le réticulum observé par tous les auteurs dans le mycosis fongoïde est ici très difficile à observer, et perceptible seulement sur certains points. Il semble que les tumeurs aient leur point de départ dans la partie la plus profonde du derme ou les couches superficielles de l'hypoderme, et que très rapidement le caractère originel du néoplasme disparaisse grâce à la fragilité des vaisseaux atteints d'en-

dartérite chez un alcoolique renforcé et au bourgeonnement papillaire. La lésion spécifique existe au niveau des œdèmes, ailleurs la tumeur paraît beaucoup moins typique.

Vergetures syphilitiques du tronc.

Par M. DANLOS.

X..., 25 ans, a eu, au mois de mars 1898, un chancre de la langue et au mois de juin suivant une syphilide probablement papuleuse pour laquelle on l'a soignée à l'hôpital de Versailles.

Aujourd'hui cette éruption n'est plus représentée que par des macules pigmentées et atrophiques disséminées sur le tronc, les épaules, les flancs et le haut des membres. L'atrophie cutanée se révèle par l'aspect cicatriciel et par de fins plis parallèles dans les mouvements de flexion du corps. Le processus de résorption n'est pas terminé, car la pigmentation persiste encore, et le fait n'a pas lieu de surprendre puisque ce travail d'atrophie paraît demander (cas antérieurs) de dix-huit mois à deux ans.

Une autre circonstance à noter chez cette malade, est la place de son chancre qui siégeait sur la langue. Il s'y révèle encore après quatorze mois par une induration très appréciable.

Ce fait, qui pourrait a priori surprendre, la vascularité de l'organe faisant supposer une résorption rapide des exsudats, est en réalité d'observation assez commune. Tout récemment, nous avons eu l'occasion de le constater chez un malade suivi depuis l'origine, qui n'avait eu sur la langue qu'un chancre peu étendu et sur lequel l'induration était encore facilement perceptible dix-huit mois après le début.

M. BESNIER. — L'existence des vergetures syphilitiques a été signalée à plusieurs reprises. Nous devons à M. Balzer une mise au point de la question. Il y aurait intérêt à savoir dans quelles proportions apparaissent les vergetures chez les syphilitiques.

Tuberculose cutanée serpigneuse de la jambe.

Par M. DANLOS.

J..., 49 ans, ébéniste, entre, le 7 avril 1899. Ce malade présente sur la presque totalité de la face antérieure de la jambe droite un vaste placard ovalaire mesurant 25 centimètres de long sur 11 de large. A l'entrée, ce placard était couvert de croûtes squameuses. Sous l'influence de pansements humides ces croûtes sont tombées en laissant à nu une surface d'un rouge vif, légèrement inégale mais non papillomateuse, sans ulcérations, sauf dans une région très circonscrite à l'extrémité inférieure; et n'offrant sur aucun point d'apparence cicatricielle.

Cette surface se couvre en quelques heures d'une couche épaisse d'épi-

thélium blanchâtre peu adhérent. Sans être tomenteuse, elle offre, sous le doigt, une consistance plutôt molle. La mollesse est surtout appréciable à la périphérie dans la zone d'extension du mal. Cette zone est représentée par une bandelette rouge, large d'un centimètre environ, qui entoure complètement le placard morbide. Saillante surtout à la partie inférieure, cette bandelette se continue insensiblement en dehors avec la peau saine. Sa surface est lisse, son bord interne est semé d'érosions punctiformes superficielles, qui se réunissent çà et là pour donner naissance à des ulcérations irrégulières, présentant sur quelques points une apparence analogue à celle du bois piqué par des vers. Nulle part on ne constate de pustules; nulle part de granulations grises ou jaunes. Tout à fait à la partie inférieure du placard, existe en dedans de la bandelette rouge une ulcération vraie, légèrement papillomateuse, ayant aussi une tendance marquée à la prolifération épithéliale exubérante. Aucune douleur spontanée, pas de lymphangite, simplement un petit ganglion tuméfié et indolore dans le triangle de Scarpa.

Au-dessus de cette immense plaque se voit, vers la partie externe du genou, une petite surface de la dimension d'une amande, lisse, pigmentée, d'aspect cicatriciel et qui serait, au dire du malade, consécutive à une lésion identique, sauf les dimensions, à celle qui existe actuellement.

Le début de la lésion actuelle remonte à quatre ans; et depuis lors, elle n'a pas cessé de grandir.

Simultanément le malade dit avoir commencé à tousser, surtout pendant l'hiver. Il n'a d'ailleurs jamais eu d'hémoptysies ni autres signes rationnels de tuberculose (sueurs, amaigrissement, vomissements, etc.). Il se plaint seulement d'être un peu gêné pour respirer; sa voix est légèrement éraillée et l'inspiration un peu bruyante, comme si l'air pénétrait difficilement dans le larynx. A l'auscultation, rudesse inspiratoire, expiration un peu prolongée au sommet gauche. Pas de râles humides, pas de bacilles dans les crachats qui sont d'aspect salivaire et non purulents. Rien aux testicules. Santé générale bonne. L'examen laryngoscopique pratiqué par le Dr Didsbury a donné le résultat suivant : cordes vocales saines; région inter-aryténoïdienne gonflée, légère augmentation de volume, pas d'ulcérations, soupçon de bacillose d'après l'examen laryngé. Le malade a eu, il y a vingt-cinq ans, un chancre, non suivi d'accidents constitutionnels.

(Observation recueillie par M. Delhomeau, externe du service.)

Le moulage a été déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

L'interprétation de cette vaste et superficielle lésion ne va pas sans quelque difficulté.

Il ne saurait être question d'ulcère simple ou variqueux, puisqu'il n'y a pas de varices et que la lésion n'est que très exceptionnellement ulcéreuse. La syphilis ne saurait non plus être mise en cause, faute d'antécédents et surtout d'aspect spécifique : apparence plutôt tomenteuse, ulcération très superficielle et sur une faible étendue seulement, pas de polycyclisme, de bords à pic, de fond membraneux, ni de cicatrisation franche sur les points primitivement frappés.

Reste la question de la tuberculose.

Un peu par exclusion et malgré l'absence de granulations périphériques que nous avons vainement recherchées, c'est à cette hypothèse que nous nous rattachons. L'aspect légèrement tomenteux, l'exubérance épithéliale ; les petits érosions périphériques superficielles, la marche extensive et la toux qui paraît avoir débuté en même temps que la lésion plaident en faveur de ce diagnostic qu'une biopsie, faite à notre demande par M. Leredde, a nettement confirmé.

Mais à quelle tuberculose avons-nous affaire ?

L'absence de tubercules, de pustules à la périphérie, et d'ilots cicatriciels au centre de cette immense surface permettent d'exclure le lupus tuberculeux ou pustuleux.

Ce n'est pas davantage l'aspect ni le siège de l'ulcère tuberculeux des phthisiques.

Nous pensons que cette lésion doit être rapprochée de la tuberculose verruqueuse.

Elle en diffère, il est vrai, par l'absence d'aspect papillomateux, qui manque généralement et n'est guère qu'ébauché sur les quelques points où on le constate ; mais elle s'en rapproche par l'intensité de la prolifération épithéliale. Dans la tuberculose papillomateuse chaque papille reste individualisée et coiffée d'un épais capuchon épithélial. Il semble qu'ici les papilles dermiques moins végétantes se soient plutôt sondées latéralement pour constituer la surface morbide molle et tomenteuse ; ce qui fait que le revêtement d'épithélium luxuriant leur constitue un manteau commun sans descendre dans leurs intervalles.

M. BESNIER. — Le cadre des affections tuberculeuses s'élargit dans des proportions considérables et le nombre de ces affections dépasse l'imprévu, d'autant que l'examen histologique fait rentrer dans la tuberculose des lésions jusqu'alors inconnues. Chez ce malade les varices ont pu servir de point d'appel à la lésion qui semble être d'origine externe.

Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

Par M. HALLOPEAU.

Le nommé S..., âgé de 33 ans, entre le 22 avril 1899, au n° 65 de la salle Bazin.

Il est atteint, depuis deux ans, d'une dermatose qui occupe les quatre membres et s'est manifestée par poussées successives ; il tousse depuis trois mois seulement.

L'examen du thorax y dénote les modifications suivantes : la tonalité est plus élevée sous la clavicule gauche ; les vibrations thoraciques sont plus prononcées dans cette même région ; on y entend quelques craquements secs à l'inspiration ; dans la fosse sus-épineuse, la tonalité

est au contraire un peu abaissée ; on y note une rudesse marquée du murmure à l'expiration ; il n'y a pas d'adénopathies cervicales.

Le malade, de petite taille, maigre et pâle, est d'aspect chétif ; son éruption actuelle ne remonte qu'à six mois ; il y a deux ans, il en a eu une semblable, localisée aux jarrets, au-devant des genoux, sur le dos des mains ; elle s'est effacée après avoir duré environ dix mois. Présentement, les quatre membres sont de nouveau intéressés, l'éruption est constituée par des saillies papuleuses dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une lentille : leur couleur est d'un rouge sombre, leur consistance molle, leur surface arrondie ; un certain nombre d'entre elles présentent, dans leur partie centrale, une tache jaunâtre qui correspond à une gouttelle de pus ; cette même partie centrale est occupée, chez d'autres, par une croûte jaunâtre ; chez d'autres, par une ouverture ronde à contours taillés à l'emporte-pièce ; chez d'autres enfin, par une dépression recouverte d'épiderme : ces différents aspects répondent à l'évolution de la pustule centrale, qui, d'abord recouverte par l'épiderme, donne ensuite issue à un liquide purulent ; celui-ci se concrète en une croûte, laquelle tombe en mettant à nu une ulcération qui guérit en laissant une cicatrice. Les dimensions de ces cicatrices varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'un grain de chènevis ; leurs bords sont taillés à pic ; leur fond est rosé ou de couleur normale ; certaines d'entre elles sont entourées d'une auréole dans laquelle la peau desquame légèrement. Les éléments nutritifs deviennent, lorsque le malade a chaud, le siège de démangeaisons pénibles ; ils sont, les uns isolés, les autres agminés en groupes dans lesquels un examen attentif permet de les distinguer. Ils sont localisés ainsi qu'il suit :

Au membre supérieur gauche, les groupes les plus élevés occupent la partie postérieure du coude, ils descendent verticalement suivant la partie postéro-interne de la région de l'avant-bras sans former une traînée continue : ce sont des amas de papules échelonnées de haut en bas, au niveau du poignet, la face antérieure est intéressée ; sur la face dorsale de la main, on ne voit que deux éléments occupant la région métacarpienne, mais ils sont nombreux sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes de l'annulaire et du medius, ils forment des groupes dont les dimensions atteignent 2 centimètres transversalement sur un verticalement, les espaces interdigitaux restent indemnes ; on note encore un groupe sur la face dorsale de l'index, et quelques éléments sur le dos du petit doigt, ainsi que sur la première phalange du pouce ; la paume de la main est intacte. Du côté droit l'éruption est moins abondante ; elle devient confluyente au niveau du coude ; la main est indemne. Aux membres inférieurs, la teinte des boutons est livide ; à gauche, ils sont disséminés sur la partie antéro-externe de la cuisse, nombreux au-devant et sur la partie interne du genou, de la jambe et de la malléole, où ils deviennent confluentes, formant ainsi une masse sombre, violacée, molle, avec exagération des plis de la peau ; on y remarque quelques croûtes et quelques squames. La région plantaire est indemne.

Sur le membre inférieur droit la disposition est analogue, mais nulle part l'éruption n'y est confluyente.

Ce malade représente en toute évidence un type de la maladie qui a été décrite par Brocq sous le nom de *folliculites disséminées des parties glabres*; par Barthélemy, sous celui de *folliclis*; par nous-même et Bureau sous celui de *tuberculides acnéiformes et nécrotiques*; il n'offre d'autre particularité que la localisation remarquable en groupes sur le dos des premières phalanges des doigts; mais ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est que le malade présente des signes incontestables de tuberculose pulmonaire et que *cette manifestation thoracique ne s'est manifestée que depuis trois mois, alors que le début de la dermatose remonte à deux ans*; ce fait est un nouvel argument en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie; il montre de plus que le foyer initial, point de départ des toxines qui, selon toute vraisemblance, sont les causes prochaines de ces manifestations cutanées, peut rester latent et que *les signes de phtisie pulmonaire peuvent n'apparaître que longtemps après le début des altérations de la peau.*

Sur une localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à l'application de pointes de feu.

Par MM. HALLOPEAU et GARDNER.

Le nommé Henri V..., âgé de 14 ans, a eu, il y a un an, une poussée de psoriasis sur les deux jambes.

Actuellement, il présente une nouvelle poussée, surtout abondante aux jambes; quelques-unes des squames présentent à leur face profonde des prolongements comédoniens.

Le point intéressant est que, le malade ayant subi l'application de pointes de feu au niveau des deux sommets, les cicatrices consécutives sont devenues le siège de squames psoriasiques: Chaque pointe de feu est représentée actuellement par une tache rouge, circulaire, sur laquelle se voient de fines squames brillantes. Toutes les traces, sans exception, présentent ces squames.

Ce fait est un nouvel exemple de la prédisposition locale que créent pour le psoriasis les altérations antérieures du tégument; il prouve que *l'épiderme de nouvelle formation qui se régénère après les applications de pointes de feu, offre un terrain favorable au développement de cette dermatose*; il est à rapprocher des *bretelles psoriasiques* que l'un de nous a fait mouler par Baretta chez un porteur aux halles.

Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique, développée au pourtour d'un chancre induré.

Par MM. HALLOPEAU et BRICET.

P..., âgé de 27 ans, garçon de café, vit, depuis une période de onze ans,

avec la même femme, qui n'a jamais présenté, ni ne présente actuellement, au dire du malade, aucune manifestation suspecte de syphilis.

Au commencement de décembre 1898, il a un rapport avec une femme de rencontre, sortie de Saint Lazare quelques jours auparavant.

Vers le 15 ou 20 décembre, un petit bouton, siégeant au pli de l'aîne droite, appelle son attention. Ce bouton s'excorie et commence à gagner en superficie et en profondeur, sans aucune trace de suppuration, l'ulcération arrive à atteindre la dimension d'une pièce de 1 franc et une profondeur de 7 à 8 millimètres; la douleur est assez vive pour obliger le malade à garder le lit quelques jours. Il voit un pharmacien qui lui fait appliquer du collodion sur l'ulcération.

Dans le courant de janvier, quelques boutons apparaissent sur le corps.

Vers la fin de janvier, l'ulcération s'est cicatrisée, mais cette cicatrice semble devenir le point de départ d'une nouvelle ulcération, tout à fait superficielle, et s'étendant en nappe jusqu'à atteindre les dimensions d'une petite paume de main qu'elle présente actuellement. Le centre de cette plaque répond à la lésion primitive; il est brunâtre, d'aspect cicatriciel; sa périphérie est légèrement surélevée et recouverte de croûtes. Il y a une légère induration. On note des adénopathies inguinales bilatérales.

En outre, depuis le mois de janvier, l'éruption sous-cutanée s'est étendue au thorax, à la paroi abdominale et aux quatre membres. Une partie de ses éléments, commence par une légère élévation sur laquelle apparaît une vésicule, siège de vives démangeaisons; la vésicule, détruite par le grattage, fait place à une croûte qui, à son tour, tombe et laisse une tache brunâtre. Cette éruption est complexe: le malade, d'une part, la gale, d'autre part, des syphilides papuleuses. Il n'y a pas de céphalée ni d'alopecie, ni de lésions bucco-pharyngées.

L'évolution de la maladie montre que la lésion initiale s'est produite dans la région inguinale droite et qu'elle s'est transformée ensuite en une syphilide ulcéreuse à progression excentrique. Ce diagnostic est en effet le seul qui puisse être formulé: il ne s'agit en toute évidence, ni d'une tuberculose, ni d'un chancre simple, ni d'une trichophytie. Il y a un contraste frappant entre les dimensions considérables de la cicatrice profonde et le caractère ulcéreux de cette manifestation développée au pourtour du chancre et le peu de développement de la syphilide secondaire. Ce fait vient à l'appui d'une proposition formulée l'an passé par l'un de nous (Hallopeau), dans une communication à la Société. *Des éléments infectieux peuvent persister, se multiplier et évoluer dans les indurations chancereuses, se propager à leur périphérie et y présenter une virulence supérieure à celle des éléments qui se sont disséminés secondairement dans toute la surface cutanée; il y a là un processus local qui peut présenter une intensité considérable et justifier l'ablation de l'accident primitif.*

Sur un cas de sarcomes mélaniques primitivement localisés au membre inférieur.

Par MM. HALLOPEAU et GARDNER.

L'observation de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

P..., 50 ans, boulanger.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ; on s'est toujours bien porté dans sa famille ; un frère, à l'âge de 8 ans, à la suite de l'ablation d'un cor (?), est mort de gangrène du pied.

Le malade, à l'âge de 8 ans, a eu une furonculose généralisée dont il a guéri en trois mois. Depuis, il est resté sujet aux furoncles ; il en a chaque année ; il y a trois mois, il a eu plusieurs anthrax ; le plus volumineux a siégé à la partie moyenne de la face externe de la cuisse gauche ; il a laissé une cicatrice blanchâtre, légèrement déprimée, à contours un peu irréguliers ; un second anthrax se trouvait à la partie supérieure du mollet, un furoncle à la partie antéro-supérieure de l'avant-bras gauche.

Il y a deux ans, le malade aurait été piqué à la lèvre supérieure par une grosse araignée ; il se serait déclaré immédiatement à la suite un gonflement considérable de la face, devenant rapidement livide. La guérison s'est produite en six semaines, après incision hâtive de l'endroit piqué, et pulvérisations phéniquées répétées deux fois par jour.

La profession du malade l'oblige à marcher de temps en temps pied nus dans l'endroit où il travaille.

Le début de la maladie actuelle remonte à environ six mois : à cette époque est apparue, à la partie interne du 4^e orteil gauche, une petite nodosité lenticulaire, noire dès le début et bombée. Le malade en grattait la surface et l'écorchait assez fréquemment. Presque en même temps, il a constaté dans l'aîne, des ganglions durs et volumineux. La nodosité primitive s'est accrue assez rapidement, mais est restée isolée jusqu'à un jour où le malade a pris un bain et s'est livré à des mouvements de massage assez forts de sa jambe. Le lendemain, il a constaté à la face interne du genou correspondant une série de petites saillies noirâtres qui, en huit ou dix jours, se sont développées suffisamment pour former des nodosités d'environ cinq millimètres de diamètre. Enfin, trois mois après son apparition, la tumeur primitive s'est ulcérée.

Telle a été la chronologie des lésions ; actuellement, voici les signes objectifs présentés par le malade.

La tumeur primitive occupe la partie postérieure de la face dorsale du quatrième orteil ; elle s'étend à la partie antérieure du quatrième espace interosseux et s'arrête à la base du troisième orteil. Elle présente, à sa partie interne, une zone plus claire, qui semble contenir un peu de liquide.

Le quatrième orteil est enflé, œdématié.

Il existe une nodosité secondaire double à la base du troisième orteil et une simple au milieu du premier espace interosseux, toutes deux noires.

La surface de la grosse tumeur est ulcérée ; en certains points, il se fait une exsudation purulente. La plus grande partie de la surface, touchée

avec la solution d'acide arsénieux, a pris la coloration noire qui caractérise le sphacèle et le distingue nettement de celle de la mélanose.

Sur la face antéro-externe du cou-de-pied, on voit une nodosité d'environ un centimètre dans tous les sens, moins foncée que les autres.

A la face interne du genou, une surface rectangulaire s'étendant en hauteur de quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne du genou à trois travers de doigt au-dessous de ce même interligne, et en largeur depuis le milieu du creux poplité jusqu'à la crête du tibia, est recouverte de nodosités noires.

Ces nodosités sont saillantes, très dures, adhérentes à la peau avec laquelle elles semblent former une sorte de cuirasse rigide. Elles ne sont pas toutes du même volume. Au centre, où elles sont plus avancées, elles ont de 5 à 8 millim. de diamètre ; elles sont très foncées, très saillantes ; un certain nombre d'entre elles se sont même fusionnées pour former une plaque à contour polycyclique, à surface irrégulière.

A la périphérie, où elles débutent, elles se montrent d'abord sous forme d'élevures peu saillantes de la peau et légèrement pigmentées. Dans la zone moyenne, on trouve tous les intermédiaires de développement. Entre les nodosités, la peau est pigmentée et indurée.

A la partie moyenne du dos, du côté gauche, près de la colonne vertébrale, la palpation permet de sentir une induration irrégulière, avec noyaux peu saillants ; sur la peau, se trouvent deux petites taches où la pigmentation mélanique apparaît.

La paupière supérieure droite porte, depuis environ deux mois, au niveau de son bord libre, une petite grosseur sphérique, dure. Le tégument est légèrement teinté.

Le membre inférieur gauche est un peu œdématié ; il garde l'empreinte du doigt, surtout dans les parties déclives.

A la palpation, on ne trouve pas de cordon profond à la jambe ; mais, à la cuisse, on sent les lymphatiques transformés en cordons durs, de calibre irrégulier, aboutissant à des ganglions inguinaux volumineux. Le groupe vertical est le plus atteint ; les ganglions y ont le volume de petites noix. Ils sont durs, indolents, mobiles sur la peau et les parties profondes. Au-dessus de l'arcade crurale, assez profondément, on sent une masse ganglionnaire, dure, mobile, du volume d'une grosse noix.

Pas de ganglions accessibles dans les autres régions du corps.

Les signes subjectifs n'ont apparu que récemment. Il n'y a pas de douleur provoquée à la pression, mais il existe des douleurs spontanées vives, survenant surtout la nuit ; il semble que la chaleur du lit favorise leur apparition, car tant que le malade garde son pied exposé à l'air, elles ne se produisent pas. Ces douleurs sont lancinantes, surviennent brusquement, durent de quinze secondes à une minute et cessent subitement. Elles sont soulagées par de légers mouvements de friction. Leur localisation exacte est à l'extrémité du quatrième orteil et non dans la tumeur même. Les noyaux de la face interne du genou peuvent être aussi le point de départ de douleurs ; mais celles-ci sont moins fréquentes, et les premières de ce genre ne se sont produites que dans ces derniers jours.

État général bon. Pas de troubles viscéraux. Urine claire, limpide, abondante. Appétit excellent, digestions régulières.

Une biopsie va être pratiquée par M. Laffitte : nous en donnerons ultérieurement les résultats. Les faits qui nous paraissent devoir être mis en relief dans cette histoire pathologique sont les suivants :

1° La localisation initiale à l'un des orteils et l'intensité de son développement semblent indiquer que cet organe a été la porte d'entrée de la maladie ;

2° La profession du sujet l'amenant à marcher parfois pieds nus, il est possible qu'il se soit ainsi inoculé un agent générateur du néoplasme ;

3° La limitation primitive du mal à l'orteil affecté en premier lieu donne l'idée d'une lésion initiale qui se serait ultérieurement propagée ;

4° Cette propagation s'est faite surtout par la voie lymphatique ; et on a pour témoins les indurations multiples que l'on perçoit à la partie supérieure de la cuisse sur le trajet de ces vaisseaux ; elles rappellent par leur disposition ce que l'on observe dans les lymphangites gommeuses ascendantes de la tuberculose ;

5° Les ganglions peuvent faire momentanément obstacle à la généralisation de la maladie ; le volume et le nombre des adénopathies inguinales montre que cette défense de l'organisme a été des plus actives ;

6° Les deux localisations signalées, l'une dans la paupière supérieure, l'autre au milieu du dos, montrent que cette barrière a été franchie ;

7° La lésion initiale présente une grande puissance de destruction ; la phalange profondément ulcérée menace de se détacher ;

8° Les nodules sont remarquables par leur dureté ;

9° Les douleurs sont d'une grande intensité et elles rappellent celles du tabes ; elles sont dues, en toute évidence, à la compression des filets nerveux sensitifs par ces néoplasmes si durs.

10° Le traitement par la solution d'acide arsénieux, suivant la méthode de Czerny-Trunecek, appliqué à l'altération initiale, a donné de mauvais résultats ; il a provoqué rapidement, sur toute la surface mise à nu, la formation d'une eschare noire, dont la couleur se distingue, par son ton plus foncé et l'absence des reflets brillants, de celles des néoplasies.

Sur les cicatrices d'apparence ortiée dans la dermatite bulleuse héréditaire et traumatique.

Par M. H. HALLOPEAU.

Nous avons déjà signalé (1), dans cette dermatose, deux variétés dis-

(1) HALLOPEAU. *Soc. fr. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890 et 1896. *Annales de dermatol.*, 1898.

inctes de cicatrices : dans l'une, qui a été signalée par nous-même et observée depuis lors par MM. Augagneur et Gruenfeld, la peau est amincie, décolorée ou pigmentée, finement plissée, comme gaufrée; ces cicatrices sont agminées en plaques à contours irréguliers : vous pouvez les voir au niveau des coudes chez les deux malades que nous avons l'honneur de vous présenter; dans l'autre variété, qui a été observée par nous chez notre premier malade, le nommé Ab..., que nous sommes heureux de pouvoir vous montrer de nouveau, ces cicatrices sont saillantes, arrondies, ovalaires ou à contours géographiques, pour la plupart décolorées; elles peuvent atteindre un diamètre de plusieurs centimètres et former une saillie relativement considérable; nous nous sommes cru dès lors autorisé à rattacher à cette dermatose bulleuse la genèse de ces cicatrices d'apparence ortiée; nous nous fondions sur leur ressemblance frappante avec des éléments analogues de date récente et consécutifs à des bulles; néanmoins, le malade se les étant toujours connues et n'ayant pas conservé le souvenir de la lésion qui en a précédé l'apparition, on aurait pu révoquer en doute notre interprétation; l'histoire du second malade, Camille C..., que nous vous présentons également pour la deuxième fois, vient prouver que telle est bien l'origine de ces productions.

Depuis notre précédente communication, qui remonte à avril 1896, la santé de ce dernier s'est gravement altérée par suite des progrès de sa maladie mitrale : il a actuellement de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite; sa dermatose bulleuse est devenue beaucoup moins active : il s'est parfois écoulé plusieurs mois d'intervalle entre les poussées éruptives; néanmoins, celles-ci continuent à se produire de temps à autre : c'est ainsi que, ces jours derniers, une bulle s'est développée au niveau du coude gauche; d'autre part, sous l'influence de l'œdème, il s'est produit tout récemment plusieurs groupes de bulles remplies d'un liquide clair ou sanguinolent dans la partie inférieure des jambes, ainsi qu'au scrotum. Mais, le point sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est la présence de cicatrices saillantes d'aspect ortié dans les régions inguinales, là même où nous avons signalé, il y a trois ans, des poussées bulleuses, suivant des trajets nerveux : on voit ainsi, dans le côté droit, à la partie inférieure de l'abdomen et au-dessus de la hanche, de très nombreuses saillies, arrondies ou ovalaires, résistantes au toucher, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une petite fève; leur coloration est légèrement pigmentée; elles sont disposées horizontalement, d'avant en arrière, sur une hauteur d'environ 12 centimètres; leur élévation atteint par places 3 millimètres; leurs contours représentent exactement ceux des plaques que nous avons signalées antérieurement dans cette même région; ces altérations sont très nombreuses et il en résulte que la région est le siège d'une induration marquée comparable à celle de la sclérodermie. Des altérations semblables, bien que moins nombreuses, existent à gauche dans les mêmes parties.

L'identité de ces cicatrices avec celles que nous avons notées et que

vous pouvez observer encore chez Al..., montre qu'il y a là une altération spéciale à cette maladie; dans les autres dermatoses bulleuses, on ne voit pas se développer ces cicatrices chéloïdiennes; elles prouvent qu'il ne s'agit pas là d'une simple extravasation séreuse, mais bien d'un processus phlegmasique.

L'origine bulleuse des cicatrices saillantes signalées chez Al... se trouve ainsi définitivement établie; elles montrent que cette dermatite peut, dans le jeune âge, se développer en grande abondance sur le tronc; elles y empiètent par leur multiplicité sur les parties saines et donnent ainsi à la région un aspect tout particulier.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les propositions qui résultent de ce travail :

1° *La dermatose bulleuse héréditaire et traumatique peut laisser à sa suite deux variétés de cicatrices : les unes atrophiques, avec fin plissement de la peau; les autres saillantes, chéloïdiennes, d'apparence ortiée, représentant exactement par leur forme les bulles qui leur ont fait place;*

2° *Elle se distingue ainsi de toutes les autres affections bulleuses;*

3° *Cette prolifération conjonctive indique qu'il s'agit là d'un processus phlegmasique;*

4° *L'éruption peut être très abondante sur le tronc et le couvrir ainsi de ces cicatrices d'apparence ortiée et géographique.*

5° *L'apparition d'un œdème cardiaque peut déterminer chez ces malades des manifestations bulleuses dans les parties déclives.*

Myocardite et gangrènes symétriques des extrémités digitales chez une malade asystolique atteinte de périostite tibiale syphilitique.

Par MM. GASTOU et HERSCHER.

La malade, qui fait l'objet de cette présentation et dont l'histoire suit, est un exemple des lésions multiples que peut déterminer la syphilis par l'intermédiaire des altérations vasculaires et en particulier par la production d'artérites des petites artères.

Venue dans le service de M. le professeur Fournier, pour une gangrène superficielle des extrémités digitales, on lui découvre une myocardite des plus nettes, des cicatrices pigmentées des jambes et des ulcérations qu'on hésite à mettre sur le compte des varices dont elle est atteinte.

En faisant une enquête attentive on apprend :

1° Qu'elle n'a jamais eu de rhumatisme, mais a été soignée il y a quelques années par le D^r Huchard pour une aortite avec souffle systolique, s'accompagnant de phénomènes douloureux et angoissants dans la région précordiale;

2° Que les lésions des doigts se sont manifestées il y a deux ans, et ont débuté par des fourmillements, avec sensation de doigt mort suivie d'apparition d'une teinte bleu violacé des extrémités digitales, à laquelle succédèrent des bulles ou une desquamation aboutissant à une gangrène superficielle avec hyperesthésie intense et, après guérison, à un état lisse et rouge de la peau avec cicatrices superficielles sans anesthésie ni modification des sensations thermiques ;

3° Que son mari a été soigné dans le service pour des syphilides plantaires et qu'il a eu, il y a une quinzaine d'années, un chancre induré dont on voit la cicatrice.

Toutes ces raisons semblaient pouvoir faire attribuer les accidents à une syphilis ignorée, mais l'épreuve thérapeutique n'avait pu être faite.

La malade revient alors dans le service et on constate :

1° Qu'elle est en pleine asystolie ;

2° Qu'elle a une périostite tibiale des plus nettes ;

3° Que la gangrène symétrique persiste.

On prescrit alors un traitement ioduré intense, on y joint du vin diurétique à faible dose et en quelques jours non seulement la gangrène et la périostite disparaissent, mais l'asystolie s'améliore au point que la malade a pu venir de son lit à la Société.

Il ne semble pas douteux que la syphilis soit en cause chez cette malade, dont voici l'histoire :

Thérèse N..., âgée de 36 ans, marchande.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de la poitrine (?) à 37 ans ; père mort à 36 ans, très enflé, mais la malade ignore le nom de la maladie.

Jamais d'enfants. Jamais de fausses couches. A eu un frère et une sœur. La sœur est folle, le frère est bien portant. N'a jamais eu d'autres frères et sœurs. Le mari présente à la verge une perte de substance consécutive, très vraisemblablement, à un chancre induré remontant à quinze ans. Ce chancre a été suivi d'une éruption de boutons roses ; médecin à cette époque a ordonné du KI ; depuis un mois et demi il présente à la plante des pieds une syphilide tuberculeuse circinée. Sur la paume des mains, autres lésions ressemblant plutôt à de l'eczéma.

Antécédents personnels. — Elevée au sein, la malade a été très bien portante pendant son jeune âge, sauf une maladie qui a duré une huitaine de jours ; mais la malade en ignore le nom. Réglée à 19 ans, mais mal réglée jusqu'à 20 ans. S'est mariée à 30 ans ; jusqu'à son mariage n'aurait jamais été malade ; aurait eu seulement une peur il y a 12 ans, qui fut suivie d'une suppression des règles et depuis, les règles ne sont pas survenues régulièrement. Quelque temps avant aurait eu une éruption qu'elle appelle « la petite gale », caractérisée par des taches rouges sur la poitrine, sur les bras, sur le ventre et sur les cuisses. Cette éruption aurait duré six semaines et serait devenue à la fin le siège de démangeaisons tellement vives que la malade s'ouvrit en se grattant une varice à la jambe gauche.

Cette éruption fut soignée par des bains et des applications d'un liquide ressemblant à de l'eau. Rien de viscéral.

La malade aurait eu des varices depuis longtemps, et quand elle se gratta les jambes, elle enleva une croûte ; il y eut une plaie qui fut guérie vraisemblablement par du Vigo et a laissé une cicatrice marron très marquée.

Deux ou trois mois après la petite gale, elle serait entrée à l'hôpital pour des coliques traitées par des applications de pommades et des cataplasmes. Puis jusqu'à son mariage les varices se sont rouvertes encore 2 ou 3 fois, et depuis ne se rouvrirent plus jusqu'à il y a un mois.

Ces ouvertures successives de varices laissèrent des cicatrices de coloration marron à contours mal limités. En outre, sur la face interne du tibia, à peu près à la même hauteur, deux cicatrices nettement arrondies, gaufrées, blanches et dues à ce que la malade aurait mis des compresses d'eau phéniquée sur ses jambes ; jamais de rhumatismes.

La malade se maria il y a six ans et pendant deux ans elle se porta très bien. Mais au bout de deux ans, commencèrent de grands maux de tête survenant surtout le soir. Puis elle remarqua qu'elle commençait à monter les escaliers très difficilement, qu'elle s'essouffait pour un rien. La figure commença à devenir jaune, et enfin l'essoufflement augmentant, elle se décida à aller, en février 1896, à l'hôpital Necker, chez M. Huchard. Elle aurait entendu dire à M. Huchard qu'elle avait un souffle systolique, et le point marqué par M. Huchard correspondrait à l'orifice aortique. Elle fut soignée par de la digitale. Elle resta 23 jours ; depuis elle retourna à la consultation. Déjà à cette époque elle avait les mains, les lèvres froides et sur les doigts se voyaient des ulcérations. Depuis qu'elle avait quitté l'hôpital, elle avait toujours des battements de cœur. Il y a un mois elle eut à nouveau des ulcères de jambe qui persistent encore maintenant, et qui la décidèrent à entrer à l'hôpital Saint-Louis.

Actuellement on est en présence d'une malade dont l'aspect, à première vue, rappelle celui d'une asystolique.

Le facies est légèrement gonflé ; les yeux brillants et larmoyants ; la conjonctive présente une teinte subictérique très nette. La malade est très essoufflée et, même au repos, le nombre des respirations est augmenté. Il dépasse 30 par minute ; le cœur est animé de battements ; les jambes sont le siège d'un œdème moyen.

Mais ce qui frappe le plus à l'examen des jambes, ce sont des ulcérations remontant à 15 jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Ces ulcérations sont arrondies ; les bords sont saillants, taillés ; enfin le fond est bourbillonneux. Ces ulcérations sont au nombre de deux sur la jambe gauche : l'une siège sur le côté externe du pied, à deux travers de doigt en avant de la tête de la malléole péronière, et l'autre sur le côté interne de ce même pied à mi-chemin, entre la pointe de la malléole tibiale et l'extrémité du calcanéum.

Sur la jambe droite, ulcération analogue siégeant près de l'extrémité de la malléole interne.

En outre, elle présente sur le trajet de la jambe des zones empâtées et douloureuses ; en particulier au niveau du tibia droit, l'empatement prend

l'aspect d'une périostose gommeuse. Ses mains violettes, froides, présentent de petites ulcérations très douloureuses.

Lorsqu'on examine les divers appareils, l'attention est attirée du côté de l'appareil circulatoire.

Au cœur, l'inspection ne révèle rien, la palpation permet de reconnaître l'existence d'un léger frémissement ; la pointe du cœur bat dans le 6^e espace intercostal, très en dehors de la ligne du mamelon, la percussion permet de noter que le cœur est hypertrophié.

Enfin à l'auscultation on ne peut pas percevoir s'il y a des bruits surajoutés ; il y a une arythmie intense. Le pouls est irrégulier, inégal, incomptable. Les veines du cou sont animées de battements. La langue est chargée, blanchâtre, pas de vomissements, les fonctions intestinales se font bien. Le foie est hypertrophié, non douloureux.

La malade tousse beaucoup ; elle crache peu : l'expectoration ne présente rien de particulier ; à l'auscultation on note de nombreux râles sous-crépitaux.

Les urines sont normales, et bien qu'elles soient rouge foncé, ne renferment ni sucre ni albuminurie.

M. FOURNIER. — C'est une véritable résurrection qui s'est produite chez cette malade. Je connais son mari et l'ai traité pour une syphilis non douteuse. L'iodure de potassium a vraiment chez elle fait merveille.

Une famille de dégénérés par la syphilis et l'alcool.

Par M. EDMOND FOURNIER.

J'ai l'honneur de soumettre à l'attention de la Société une famille de petits dégénérés éminemment curieux par l'ensemble des troubles dystrophiques qu'ils présentent. Ce sont, vous le voyez, dans leur ensemble cinq petits rachitiques, cinq petits nains ; et, pour le dire immédiatement, les deux facteurs que l'on peut, à juste titre, incriminer de cette dégénérescence sont la syphilis et l'alcool. Voici, aussi bien reconstituée que possible, l'histoire pathologique de cette famille.

I. Le père de ces enfants est âgé de 45 ans, c'est un individu petit, d'apparence chétive, issu de parents bien portants, non entaché de tuberculose et qui est actuellement en traitement à la salle Saint-Louis pour une affection sur laquelle j'insisterai tout à l'heure.

Cet homme est un grand alcoolique : depuis l'âge de 20 ans il fait de grands excès de boisson ; chaque jour il boit en moyenne deux et trois litres de vin, de six à dix absinthes, sans compter les apéritifs nombreux et les verres d'eau-de-vie. — « Et il ne vous a pas tout avoué », m'a dit sa femme auprès de laquelle je contrôlais les renseignements donnés par lui. Et ce contrôle est nécessaire, car l'intelligence, la mémoire de cet individu, sans doute sous l'influence de cet alcoolisme chronique, se sont affaiblies au point qu'il ne sait pas exactement le nombre d'enfants qu'il a eus.

Aussi les négations qu'il m'oppose aux questions que je lui fais sur la syphilis qu'il a très certainement eue, de par les reliquats qu'il présente, n'ont-elles qu'une valeur véritablement négligeable.

Cet individu présente en effet sur le tronc deux ou trois groupes de petites cicatrices en bouquet dont la topographie même est accusatrice.

Il présente en outre à la jambe gauche plusieurs cicatrices pigmentées, parfaitement orbiculaires, consécutives à des lésions qui ont évolué il y a deux ans à la façon de syphilides gommeuses et au sujet desquelles on lui aurait prescrit dans un hôpital de l'iodure de potassium.

Ces lésions ont duré plusieurs mois et leurs cicatrices et leur évolution laissent vraiment peu de doute sur leur nature spécifique.

Enfin ce malade est actuellement affecté d'une lésion osseuse qui a débuté il y a environ trois mois et pour laquelle il est actuellement en traitement dans le service de mon père.

Il a le genou droit volumineux et douloureux.

Cette tuméfaction de l'articulation semble surtout constituée par un élargissement, une augmentation dans tous ses diamètres de l'extrémité inférieure du fémur.

Il n'y a pas d'épanchement articulaire; l'articulation elle-même paraît indemne, et la différence de cinq centimètres qui existe dans la mensuration des deux genoux paraît exclusivement due à la tuméfaction osseuse du fémur.

Cette ostéopathie, survenue sans cause appréciable, sans réaction fébrile, s'accompagnant de phénomènes douloureux à exacerbations nocturnes, évoluant chez un individu non entaché de tuberculose et fortement suspect de syphilis, a été jugée de nature syphilitique et traitée comme telle.

L'amélioration presque immédiate survenue sous l'influence de ce traitement, la diminution très notable de la tuméfaction du genou qui ne mesure plus que 35 centimètres de circonférence au lieu de 37 (le genou sain ne mesure que 32 centimètres) semblent bien confirmer le diagnostic et m'autorisent, je crois, à considérer mon malade comme un syphilitique avéré et réunissant à lui seul les deux facteurs d'hérédité dégénérative que j'invoquais tout à l'heure, de syphilis et d'alcool.

II. La mère de ces enfants est âgée de 38 ans. C'est une femme petite, assez bien portante actuellement, non entachée de tuberculose et sur laquelle rien ne permet de soupçonner une syphilis acquise. Mais ses antécédents et certains stigmates permettent de soupçonner fortement chez elle une hérédité syphilitique.

La mère de cette femme a eu 12 enfants, dont 6 sont morts en bas âge; 2 sont morts plus tardivement; dont 4 seulement sont vivants.

La mère de mes petits malades a eu elle-même une enfance chétive et de fréquents maux d'yeux; — elle s'est mal développée et est restée fort petite.

Elle présente un prognathisme assez accusé du maxillaire inférieur, une ogivalité accentuée de la voûte palatine et des stigmates dentaires et oculaires.

Presque complètement édentée depuis fort longtemps, cette femme n'a

plus au maxillaire supérieur que quelques vestiges de dents. Au maxillaire inférieur il ne reste que les incisives, les canines et une petite molaire.

Toutes les incisives présentent : 1° des érosions, des sillons transversaux très profonds ; 2° une atrophie cuspidienne par aplatissement. Les canines portent aussi des sillons multiples.

L'examen ophtalmoscopique est encore plus révélateur. Des deux côtés il existe des stigmates bien caractérisés : papilles grisâtres ; veines papillaires à gros calibre et serpigneuses ; altérations rudimentaires des vaisseaux centraux ; dystrophie pigmentaire diffuse de la chorio-rétine ; toutes lésions qui suffiraient à faire de cette femme, pour le Dr Antonelli, une hérédo-syphilitique avérée.

Mariée à 19 ans, cette femme a eu 13 enfants en 9 grossesses, dont voici l'énumération :

- 1° grossesse : garçon venu à terme ; mort à 22 mois de convulsions.
- 2° grossesse : fille venue à terme ; morte à 16 mois de convulsions.
- 3° grossesse : accouchement prématuré à 7 mois : grossesse gémellaire ; 2 filles mortes de convulsions, l'une à 9 jours, l'autre à 5 semaines.
- 4° grossesse : accouchement prématuré à 8 mois : grossesse gémellaire ; 2 garçons morts de convulsions, l'un à 2 mois, l'autre à 9 mois.
- 5° grossesse : accouchement prématuré à 8 mois : grossesse gémellaire ; 2 garçons morts de convulsions, l'un à 9 jours, l'autre à 6 ans.
- 6° grossesse : garçon vivant ; âgé de 9 ans.
- 7° grossesse : accouchement à terme : grossesse gémellaire ; 1 garçon et 1 fille vivants âgés de 6 ans et demi.
- 8° grossesse : garçon âgé de 4 ans.
- 9° grossesse : fille âgée de 14 mois.

Avant d'aller plus loin, je veux insister sur les points intéressants de cette généalogie.

- 1° Sur la polymortalité : 8 enfants morts sur 13.
- 2° Sur la progression de cette léthalité qui a frappé régulièrement les 8 premiers enfants.
- 3° Sur la fréquence vraiment extraordinaire des grossesses gémellaires et sur l'appoint important qu'apporte cette observation à la conception qui tend actuellement à s'accréditer et qui veut que la gemmiparité soit, au moins dans certains cas une sorte de modalité héréditaire monstrueuse.

Voici, d'autre part, les observations des cinq petits survivants de cette descendance alcoolo-syphilitique.

- 1° *Alphonse P...*, âgé de 9 ans.
Infantilisme. Petitesse de la taille qui ne mesure que 1 m. 10.
Tête grosse ; bosses pariétales très développées.
Vulnérabilité dentaire.
Jambes légèrement incurvées ; léger degré de rachitisme.
Phimosos congénital : opéré à l'âge de 6 mois.
Monorchidie : un seul testicule très dur et gros à peine comme un pois.
Hernie inguinale congénitale qui a été maintenue longtemps par un bandage et dont il ne reste plus trace aujourd'hui.

Stigmates auriculaires : cicatrices sur les deux tympans; écoulements d'oreilles fréquents dans les premières années de la vie.

Stigmates oculaires : Cadre pigmentaire mince mais complet et très noir autour du disque optique; pigmentation grenue typique diffuse à tout le fond de l'œil (Dr Antonelli).

2° *Armand et Jeanne* : jumeaux âgés de 6 ans et demi.

Armand :

Enfant tout petit, véritablement nain. Taille 83 centim. Rachitisme. Malformations osseuses multiples.

Genu valgum très prononcé. Incurvation des os des membres.

Crâne volumineux, difforme. Front étroit, très proéminent. Bosses pariétales faisant une saillie énorme.

Verge toute petite.

Cryptorchidie. Les testicules sont dans les canaux inguinaux.

Ils sont très durs et gros à peine comme un pois.

Abdomen gros, tendu, ballonné. Foie très gros.

A commencé à parler et à marcher seulement à 3 ans.

Stigmates dentaires : les dents sont presque toutes cariées. Elles n'ont commencé à pousser qu'à deux ans.

Le maxillaire inférieur ne porte que trois dents; deux incisives mal faites, profondément érodées et une molaire complètement cariée.

Le maxillaire supérieur ne porte que deux canines profondément érodées et quatre molaires dont deux sont presque complètement cariées.

Stigmates auriculaires : cicatrices sur les deux tympans, écoulements d'oreilles abondants dans la première enfance.

Stigmates oculaires : les mêmes que chez son frère aîné.

Jeanne P..., sœur jumelle du précédent.

Enfant toute petite; naine, mesurant 88 centim. de taille.

Convulsions dans l'enfance.

Tête volumineuse; front étroit, très saillant. Bosses pariétales énormes, asymétriques, rendant le crâne tout à fait difforme.

Dystrophies dentaires.

Le maxillaire supérieur ne porte que deux canines qui présentent des érosions en nappe profondes; et deux incisives. Les deux incisives médianes n'ont jamais poussé.

Au maxillaire inférieur, il reste deux canines qui présentent des érosions en nappes profondes et trois molaires toutes cariées.

Stigmates oculaires : l'œil droit présente une plaque d'atrophie chorio-rétinienne supéro-nasale au bord de la papille qui est grisâtre.

Enfin cette enfant présente encore deux ordres de symptômes nerveux qui ne sont que l'expression de la même tare de dégénérescence : 1° une incontinence d'urine nocturne et quelquefois même diurne; 2° un tic, une véritable vésanie, dont la physionomie clinique a été si bien décrite par un savant maître, M. le Dr Hallopeau, sous le nom de trichotillomanie.

A son entrée dans le service, avant d'avoir les cheveux coupés ras, on constatait sur la tête de cette enfant deux placards dénudés, d'aspect tout à fait trichophytique et qui résultaient de la manie singulière qu'avait cette enfant de tortiller et de casser ses cheveux. Il s'agit bien là d'un cas de

trichotillomanie partielle, qui, en ville, avait été interprété comme un cas de teigne, et envoyé à la consultation de St-Louis et grâce auquel j'ai pu, de proche en proche, reconstituer toute cette observation.

4^e Marcel P..., âgé de 4 ans.

Enfant tout petit ; ayant à peine la taille et les apparences d'un enfant de 10 à 12 mois.

Convulsions.

Tête volumineuse : bosses pariétales extraordinairement saillantes ; véritable scaphocéphalie.

Rachitisme très accusé. Épiphyes osseuses volumineuses, surtout celles de l'extrémité inférieure des radius.

Laxité extrême des ligaments, accusée surtout au niveau des membres inférieurs et permettant de retourner complètement le pied, en amenant le talon en avant.

D'ailleurs, cet enfant peut à peine se tenir sur ses jambes, et ne peut pas du tout marcher.

Lui aussi, comme sa sœur aînée, présente une incontinence nocturne d'urine et des stigmates identiques à l'oreille gauche et aux yeux.

5^e Léonie P..., âgée de 15 mois.

Enfant ayant un crâne très gros, à bosses pariétales très accusées ; un nez écrasé de base ; n'ayant encore que quatre dents et présentant des stigmates oculaires très nets. Les oreilles sont normales.

Il est à remarquer que chez aucun de ces enfants il ne s'est produit d'affection syphilitique à proprement parler. Toutes les tares, toutes les dégénérescences qu'ils présentent sont d'ordre commun et auraient pu être réalisées par d'autres maladies que la syphilis.

Ce qui est en cause ici ce n'est pas l'hérédité syphilitique directe, c'est-à-dire l'hérédité de la syphilis en nature de l'ascendant au descendant, mais bien la transmission de l'ascendant au descendant de divers caractères dégénératifs.

Je le répète : chez ces enfants, la modalité héréditaire est d'ordre commun ; — c'est l'hérédité dystrophique exclusivement qui est en jeu ; c'est la parasyphilis héréditaire, réserves faites bien entendu pour le rôle connexe et sans doute important que l'alcool a pu jouer en l'espèce.

M. JACQUET. — L'histoire si intéressante que vient de nous relater M. Edmond Fournier me donnera l'occasion de m'élever encore contre l'action abâtardissante effrayante de l'alcool. L'alcoolisme est un fléau. Il mène à toutes les déchéances et surtout à la phtisie.

M. AUGAGNEUR. — L'alcoolisme et la syphilis sont nuisibles en diminuant la valeur de la race ; loin de diminuer la fécondité, ils semblent l'augmenter. Combien de procréations sont dues à l'ivresse ! Quant à la syphilis, la polymortalité dans les familles hérédo-syphilitiques montre leur fécondité. Les syphilitiques ont des enfants jusqu'à ce que le nombre de leurs enfants vivants atteigne le chiffre qu'ils s'étaient fixé.

M. FOURNIER. — Si chacun des facteurs joue un rôle à part, combien l'association des deux facteurs syphilis et alcoolisme doit être encore plus meurtrière !

M. RENAULT. — Dans l'observation si intéressante de M. Edmond Fournier, il y a association des dégénérescences alcooliques et syphilitiques, mais quelle part revient à chacune des deux causes ?

M. DE BEURMANN. — Si la question qui se trouve posée devant la Société à propos de la communication de M. Fournier doit s'élargir et si l'on doit rechercher les diverses causes qui abaissent la natalité et nuisent au développement de la race, je crois qu'il ne faut pas oublier la blennorrhagie qui, à côté de la syphilis et de l'alcoolisme, joue un rôle beaucoup plus important qu'on ne le croit.

Lorsque l'on examine complètement les malades qui se présentent à l'hôpital Broca, on constate que presque toutes celles qui sont jeunes sont blennorrhagiques, et que dans un très grand nombre de cas l'infection ascendante a donné lieu à la métrite et à la salpingite, qui sont des causes définitives de stérilité. Hors de la clientèle spéciale de cet hôpital les choses se passent souvent de même et les affections péri-utérines, si fréquentes dans la clientèle de la ville, relèvent presque toutes de la même origine. La blennorrhagie abaisse donc notablement la natalité, et l'abaisse d'une manière absolue et indépendante de la fraude malthusienne ou de la qualité des descendants.

M. GASTOU. — Puisqu'au sujet des dégénérescences, l'alcoolisme est en cause en même temps que la syphilis et que ces deux facteurs sont invoqués pour expliquer l'abatardissement de la race et la dépopulation, il me semble qu'on peut invoquer également un troisième facteur qui vient en aide aux deux autres. Ce facteur est la misère qui facilite l'alcoolisme et pousse aux rapports génitaux, si bien qu'on peut dire que les seules distractions que puisse se procurer le pauvre, sont, l'une la boisson, qu'on cherche à lui vendre la moins chère, et la plus abêtissante possible, et l'autre, la procréation qui ne lui coûte rien, mais qui lui rapporte en revanche quelquefois la syphilis, et, si l'alcool ne l'a pas rendu tout à fait stérile, lui fait procréer des enfants dégénérés, qui pour la société sont une non-valeur, une charge, et un facteur aggravant de dépopulation.

M. BROCCQ. — Comme l'on dit MM. Fournier et De Beurmann, à l'alcoolisme il faut joindre la syphilis et la blennorrhagie comme facteurs de dépopulation. Les femmes blennorrhagiques étant le plus souvent stériles. Le cabaret est dangereux non seulement par l'alcool qu'on y boit, mais aussi par la servante qu'on y trouve.

M. FOURNIER. — De cette discussion il résulte que l'alcoolisme et la syphilis étant capables de causer des dystrophies, il serait intéressant de savoir si l'alcool produit les mêmes dégénérescences que la syphilis et en particulier les lésions dentaires.

M. BESNIER. — C'est une question qui sera mise à l'étude.

Lichen plan atypique avec placards de lichen acuminé.

Par MM. DIEULAFOY et DEHU.

Nous présentons un malade atteint d'une éruption particulière localisée aux membres inférieurs, et composée de deux sortes d'éléments :

1° Des papules excoriées, transformées par le grattage en croûtes noirâtres de 2 à 3 millim. de diamètre.

2° En plus grand nombre, des macules pigmentaires brunâtres, quelques-unes recouvertes de squames, et qui sont évidemment le reliquat de papules semblables aux précédentes, mais ayant terminé leur évolution.

L'éruption, très prurigineuse, a débuté il y a 10 mois environ au niveau des chevilles. A ce moment le malade se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où on lui donna simplement quelques bains.

Un peu plus tard, l'éruption augmentant toujours il entra dans un service de médecine générale où on lui fit des onctions de baume du Pérou.

Ces divers traitements donnent à penser que dès le début la maladie a été caractérisée presque exclusivement par des lésions de grattage qui ont fait porter le diagnostic de prurigo phthiriasique ou scabieux. Actuellement cependant, si l'on examine avec soin toute l'étendue des téguments des membres inférieurs, on découvre en plusieurs points des petits groupes de papules plates, brillantes, polygonales, avec dépression centrale, de telle sorte qu'on peut affirmer le diagnostic de lichen plan.

Outre les lésions des jambes, il existe sur le sacrum un placard circonscrit de la dimension d'une pièce de 5 francs, constitué par des petites papules folliculaires coniques, acuminées, de consistance cornée, et donnant au toucher la sensation d'une râpe; les éléments sont tout à fait analogues à ceux du pityriasis rubra pilaris. Mais, à l'encontre de ce qu'on observe dans cette dernière maladie, la peau est notablement épaissie et indurée au niveau de ce placard; elle est, en outre, légèrement décolorée.

Au voisinage de cette « plaque granitée » il en existe deux autres semblables, mais de moindre étendue.

On trouve encore sur le dos un petit groupe de papules planes. — Rien sur les bras ni sur la muqueuse buccale.

En résumé, il s'agit d'un cas de lichen plan dont l'aspect est anormal en raison :

1° De la destruction par grattage de presque toutes les papules planes typiques au fur et à mesure de leur apparition.

2° De la coexistence de papules acuminées groupées sur un derme épaissi et induré rappelant l'aspect d'une plaque de névrodermite circonscrite.

M. BESNIER. — Ce malade est trop intéressant pour ne point relever les particularités éruptives qu'il présente, et je demanderai à M. Brocq, qui l'a observé, ce qu'il en pense.

M. BROcq. — Je crois qu'ici il s'agit non d'affections multiples chez le même sujet, mais d'un lichen plan transformé.

Ce qui pourrait tromper, c'est qu'on trouve en même temps chez ce malade : 1° Du lichen ruber plan sous la forme de quelques petites papules planes brillantes ombiliquées au centre ; 2° des lésions excoriées qui relèvent de lichénifications secondaires ; 3° des éléments aux jambes ressemblant à des lésions de lichen ruber corné ; 4° enfin des papules acuminées rappelant ce que l'on a décrit en Allemagne sous le nom de lichen ruber acuminatus, et à cet égard je ne rééditerai pas toutes les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet, qu'il me suffise d'affirmer une fois de plus qu'elles ne sauraient identifier le lichen ruber vrai et le pityriasis ruber pilaris : elles prouvent simplement que dans le tissu ruber planus on peut observer parfois çà et là des papules acuminées.

M. HALLOPEAU. — Plusieurs fois déjà, nous avons présenté à la Société des malades atteints simultanément de lichen plan et d'éléments acuminés ; le moulage de l'un d'eux figure dans le musée ; notre interprétation n'a pas été différente de celle que viennent de formuler MM. Dieulafoy, Déhu et Brocq.

Roséole syphilitique étendue à la face et prurigineuse seulement à ce niveau.

Par M. ALEX. RENAULT.

Permettez-moi de retenir pendant quelques minutes votre attention sur un menu fait, qu'il m'a paru cependant intéressant de vous montrer, parce qu'il sort du cadre nosologique admis.

Il s'agit d'une simple roséole syphilitique. Vous la voyez éclatante sur le thorax, les membres supérieurs et le haut des cuisses. Elle est constituée par de larges éléments, qui même, en certains points, lorsqu'on y regarde de près, se groupent de façon à former des segments de cercles ou d'ovales, disposition chère, comme l'on sait, au génie syphilitique.

Mais cette roséole offre deux particularités, qui la rendent exceptionnelle : Elle s'est propagée à la face, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, en examinant le front et la portion des joues, qui avoisine le nez. En outre, le malade prétend qu'elle est très prurigineuse à ce niveau seulement. Sur le tronc et les membres, il n'existe aucune démangeaison.

Voilà assurément deux caractères, qui vont à l'encontre des notions, que nous avons acquises, sur les attributs de la roséole syphilitique. Nos maîtres, en effet, nous ont enseigné que la roséole spécifique n'est pas prurigineuse et en outre qu'elle n'occupe jamais la face.

Dans quelques cas exceptionnels cependant, nous dit M. le professeur Fournier, elle siège à la lisière du cuir chevelu. Mais il ne saurait être question ni du front en totalité, ni de la face.

On pourrait peut-être m'objecter que la roséole en question n'est pas syphilitique, qu'elle est, par exemple, d'origine médicamenteuse. La chose me paraît impossible. D'abord aucun médicament n'a été pris, qui puisse en justifier la production. En outre, l'on trouve sur le prépuce, au voisinage de la rainure, une petite rougeur, reposant sur une base légèrement indurée et vestige d'un chancre dont le sujet a été atteint dans le courant de février dernier. L'exploration inguinale démontre l'existence de l'adénite caractéristique. L'éruption cutanée enfin semble avoir apparu dans les délais requis. Je dis : « semble » car le malade ne peut nous renseigner exactement sur la date d'éclosion. A la suite de son chancre, il a été pris de pneumonie aiguë et envoyé en convalescence à Vincennes. C'est là que le médecin de l'asile s'est aperçu de l'éruption de la face signalée déjà à l'attention du malade par le besoin de grattage. En faisant alors découvrir le corps, notre confrère constata l'éruption du tronc et des membres, dont le patient ne se doutait pas, attendu qu'elle n'avait éveillé aucune sensation de prurit.

Le caractère syphilitique de cette roséole est encore accusé par la présence de quelques papules très discrètes, jambonnées et entourées de la fameuse collerette de Bielt. Il existe enfin plusieurs papulocroûtes dans le cuir chevelu et une alopecie légère qui complètent le tableau de la spécificité.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne crois pas qu'on puisse nier qu'une roséole soit syphilitique par le fait, pourtant très exceptionnel, qu'elle est généralisée. Je me rappelle en avoir vu trois cas; le corps tout entier, y compris le front et le crâne dénudé, était couvert des taches caractéristiques. L'évolution de la syphilis a confirmé le diagnostic; et je dois même dire que ces syphilitis ont été particulièrement graves. Chose curieuse, dans les 3 cas auxquels je fais allusion, de roséole généralisée (et j'ai conduit l'un de ces cas chez M. le Prof. Fournier qui a confirmé le diagnostic), je n'ai pas pu trouver le chancre, l'adénopathie ni la porte d'entrée de la syphilis. Ce sont même ces cas, parmi beaucoup d'autres bien entendu, qui ont contribué à me faire penser que, dans certains cas, le virus syphilitique pourrait être introduit directement sous la peau, et donner alors l'infection sans chancre. Ces considérations, avec toutes réserves bien entendu, ont été, de ma part, l'objet d'une communication au Congrès de Moscou, où j'ai cherché à attirer l'attention sur ce point que le chancre ne se montre que quand le virus syphilitique est déposé sur la peau ou dans l'épaisseur du derme, mais qu'il manque dans les cas très exceptionnels et souvent accidentels de syphilisation hypodermique.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je me rappelle avoir vu une malade qui, ayant eu une lésion à allure impétigineuse de la face depuis 4 semaines, eut une poussée de roséole syphilitique tellement intense à la face, qu'on crut à une rougeole ou à une variole.

M. FOURNIER. — J'accepte ici le diagnostic de syphilide érythémateuse. On voit du reste quelquefois la roséole sur la lisière du cuir chevelu.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Le pytiriasis rosé de Gibert présente quelquefois des anomalies analogues.

M. DU CASTEL. — Ce qui est curieux, c'est que le malade n'a pas d'éruption sur la région thoraco-abdominale, de sorte que son éruption existe là où elle ne devrait être et n'existe pas là où elle devrait être.

Cas de lichen scrofulosorum.

Par M. A. FOURNIER.

Je présente ce jeune malade à la Société parce que je le crois atteint de lichen scrofulosorum.

Son éruption caractérisée par de petits éléments lichénoides nettement groupés en plaques circulaires, est apparue, sans troubles de la santé générale et sans manifestations tuberculeuses ganglionnaires ou autres.

Le cas est intéressant parce qu'il existe à côté du lichen des lésions acnéiques et kératosiques.

M. HALLOPEAU. — La coexistence de ces lésions laisse en effet un doute dans l'esprit au point de vue de la nature tuberculeuse de ce lichen. Ici il y a une prédominance de lésions à tendance cornée rare dans les cas types de lichen scrofulosorum.

M. DU CASTEL. — Il me semble au contraire que l'existence de ces lésions cornées est fréquente chez les malades atteints de tuberculose ganglionnaire.

M. DARIER. — Objectivement je crois à l'existence du lichen scrofulosorum, mais je pense que la biopsie seule peut trancher la question.

Un cas d'hypertrichose lombaire.

Par MM. DE BEURMANN et DELHERM.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents n'avaient aucune hypertrichose en aucun point du corps.

Le père est âgé de 50 ans. Il a été bien portant jusqu'à 33 ans. Depuis cet âge il a des crises, tombe, perd connaissance, se débat. Il ne se mord pas la langue, n'a pas d'écume à la bouche. Le nombre des crises est stationnaire depuis quelque temps et est de une à deux par mois.

La mère a 50 ans. Elle est très bien portante. Jamais de fausse couche.

La malade a eu 6 frères ou sœurs, dont un vient de mourir de tuberculose ; il y a trois ans, une sœur est morte également ; on ne connaît pas la cause du décès.

Antécédents personnels. — A sa naissance on a constaté qu'elle avait dans

la région lombaire une touffe de cheveux. — Jamais elle n'a eu de maladie infectieuse ou autre.

L'entrée à l'hôpital est motivée par une métrite assez légère.

L'examen général ne comporte rien d'anomal. Ses cheveux présentent une longueur très moyenne. Pas d'hypertrichose de la lèvre supérieure ou inférieure. Les poils du pubis sont normaux. Les jambes et les bras ne sont pas velus.

Dans la région lombaire existe un espace losangique large environ de vingt centimètres où siège l'hypertrichose. La peau sur laquelle sont développés ces poils est tout à fait normale. Elle ne diffère en rien ni comme coloration, ni comme épaisseur, ni comme aspect de la peau des régions voisines. Le losange hypertrichosique peut lui-même être divisé en deux portions, une circonférentielle, une centrale. Dans la zone circonférentielle les poils sont moins longs. Dans l'angle droit du losange ils atteignent 2 à 3 centimètres à peine ; ils sont assez rares. Dans l'angle inférieur leur longueur est à peine de 4 à 5 centimètres ; ils sont recouverts par ceux qui s'insèrent au-dessus. L'angle gauche est plus fourni, la longueur reste néanmoins la même.

Dans l'angle supérieur et dans le milieu de la plaque s'insère une série de touffes, longues d'environ 12 à 15 centimètres. La coloration est absolument identique à celle des cheveux qui sont châtain clair. La zone qui environne la plaque ne présente rien d'anomal.

Hyperostose massive totale des deux tibias, nécrosante, d'origine hérédéo-syphilitique.

PAR M. G. ÉTIENNE.

Dans l'hérédéo-syphilis, les hyperostoses partielles, même très volumineuses, sont assez fréquentes. Et ici, comme dans la syphilis acquise, le tibia est le lieu d'élection, l'os révélateur. Par contre, les hyperostoses totales, intéressant un os dans sa totalité, de l'une à l'autre de ses épiphyses, sont très exceptionnelles. M. le Pr Fournier (1) n'en a rencontré qu'un seul cas, atteignant un tibia.

Bien plus, pour l'observation suivante que j'ai recueillie dans le service de mon regretté maître, le Pr Heydenreich, ce sont les deux tibias qui sont *spécifiquement* atteints dans toute leur masse, alors que sur le fémur l'hérédéo-syphilis se manifeste seulement par l'augmentation notable des dimensions, *sans trace de lésion syphilitique apparente*, le tout concourant à donner aux deux membres inférieur une longueur véritablement extravagante.

Édouard Dev..., âgé de 6 ans, a été atteint à 3 ans d'une kératite. Sa constitution générale est d'ailleurs délicate.

Les déformations des jambes ont commencé à évoluer à l'âge de 3 ans,

(1) FOURNIER. *La syphilis héréditaire tardive*, p. 264.

coïncidant par conséquent avec l'établissement de la kératite. Avant ce moment, les jambes étaient droites et l'enfant marchait bien.

Lors du premier examen, en mai 1890, les tibias sont énormément épaissis, ayant environ le double de leur épaisseur normale ; bien que cet'épaississement porte manifestement sur toute la hauteur des tibias, son maximum siège surtout au niveau de la partie médio-supérieure. Cet épaississement exagère surtout le diamètre antéro-postérieur, d'où aplatissement latéral notable, bien visible sur la photographie présentée (jambe droite).

Les deux tibias présentent une incurvation double, à convexité antéro-externe (surtout antérieure), à concavité postéro-interne.

Mais la déformation la plus frappante est surtout l'extraordinaire hauteur du membre inférieur. Les tibias, atteints de lésions manifestement spécifiques, très épaissis, sont aussi beaucoup plus grands que d'habitude ; et les fémurs, sans présenter de lésions apparentes, sont également hypertrophiés en hauteur. La hauteur des deux tibias est de 29 centimètres, identique à celle du fémur alors qu'à cet âge le rapport normal me paraît être, d'après plusieurs mensurations comparatives, de 27 centimètres sur 24, les dimensions du fémur prises du condyle externe au grand trochanter.

Au moment de l'examen, il existait à la partie supérieure du tibia droit, au niveau du maximum d'épaississement, un foyer de suppuration assez abondante, provenant d'un point de sécrétion, dont le début remonte à environ 8 mois. Au même niveau, ulcération cutanée assez large. L'enfant ne peut marcher ni se tenir debout. Pas trace de rachitisme. Pas de lésions viscérales.

J'ai revu l'enfant en juin 1898. L'état général s'est notablement amélioré depuis 1890. Il s'est formé plusieurs ulcérations nouvelles, qui ont guéri. Au niveau du point de nécrose constatée en 1890, à la partie supérieure du tibia droit, existe un volumineux séquestre non encore mobile, constitué par toute une portion du tibia.

C'est là un vrai type de cette *ostéo-périostite suivie de nécrose* observée par le P^r Fournier (1), par le P^r Lannelongue, et qui paraît fort rare.

D'autre part, les observations d'hyperostoses hérédosyphilitiques massives, totales, de gigantisme partiel de M. Fournier, sont encore très peu nombreuses, surtout lorsqu'elles intéressent plusieurs os, en dépit de l'opinion de Hoffa qui prétend que l'allongement de l'os est la règle. Quelques cas, dus à Wakins, Schede, Davis, Joackimsthal, Ph. Mills Jones, Stamm, sont signalés dans la thèse de M. Edm. Fournier (2).

Tubby (3) a observé une jeune fille âgée de 12 ans, atteinte de syphilis héréditaire, dont les tibias, très arqués, sont plus longs que les fémurs ; ils sont très hypertrophiés ; les arêtes en sont émoussées et les

(1) A. FOURNIER. *Loc. cit.*, p. 274.

(2) Edm. FOURNIER. *Stigmata dystrophiques de l'hérédosyphilis*, 1898.

(3) TUBBY. Déformation syphilitique du tibia. *Société hantérienne de Londres*, 1897, 8 décembre.

faces présentent de nombreuses aspérités à bosselures. Ils sont sensibles au toucher.

L'un des cas les plus remarquables est celui de Werther (1):

Accidents syphilitiques très nets chez le père, qui a perdu quatre enfants sur sept; les trois enfants suivants sont malades.

Le sujet de l'observation a présenté, peu de temps après la naissance, des taches rouges. Bientôt on remarqua que le pied droit était habituellement enflé. Au moment où il fut envoyé à l'école, on constata qu'il avait les jambes démesurément longues et recourbées. A l'âge de 9 ans survint, à l'extrémité inférieure du tibia droit, une tumeur molle qui s'ouvrit: de là une ulcération qui d'ailleurs guérit spontanément.

A l'âge de 14 ans, on vit le genou droit se tuméfier et la jambe droite s'allonger plus que la gauche; la claudication était manifeste.

A l'âge de 16 ans et demi, l'enfant pèse seulement 50 livres; il a tous les caractères de l'infantilisme: testicules petits, tête petite, avec de grandes oreilles; peau incolore, mince, sans trace de poils; physionomie d'un enfant. La brièveté des membres supérieurs et l'exiguité du thorax contrastent avec l'élongation des membres inférieurs qui paraissent être des membres d'adulte. Base du nez élargie; perforation de la cloison nasale; dents altérées, petites, mais régulièrement disposées.

A la face antérieure du tibia gauche, union du tiers supérieur ou moyen; ulcération à bords arciformes, dont le fond adhère au squelette; un séquestre assez volumineux va se détacher à ce niveau.

Dimensions :	Longueur de la cuisse droite..	39	gauche..	38,5
	— jambe — ..	41	— ..	38
	Pourtour du genou — ..	31	— ..	27
	— du cou-de-pied — ..	35,5	— ..	27

L'ostéite déformante a porté spécialement sur les épiphyses des tibias, qui sont épaissies et dont l'augmentation de volume a été considérable, surtout à droite. L'épiphyse inférieure du fémur droit a été également atteinte, puisqu'on note la longueur exagérée de la cuisse, la tuméfaction du genou. Mais il y a aussi ostéite déformante de la diaphyse du tibia droit, liée à la périostite de la face antérieure. Tibia en lame de sabre.

Mort d'un nouveau-né syphilitique par hémorrhagie pleurale et par rupture de la rate avec hémorrhagie profuse dans le péritoine.

Par M. PAUL BAR.

L'enfant était né d'une femme âgée de 24 ans, entrée à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine le 3 février 1899.

Cette femme était enceinte de 8 mois et en travail. Elle avait eu auparavant deux enfants nés à terme, vivants: ils s'étaient bien élevés.

Sa troisième grossesse s'était poursuivie sans incident; il n'y avait pas d'hydramnios. Au moment où nous avons examiné cette femme, nous

(1) WERTHER. *Deutsch. med. Woch.*, 1891, 18 juin.

avons constaté la présence de nombreuses plaques muqueuses autour de l'anus ; nous n'avons pas trouvé l'accident initial et n'avons pu obtenir aucun renseignement sur l'origine, l'époque de début, etc., de ces accidents.

L'enfant, qui se présentait par le sommet, naquit vivant à 9 h. 20 du matin ; c'était un garçon pesant 2,350 gr.

Dès sa naissance, on nota qu'il respirait avec difficulté ; il restait cyanosé. On attribua cet état à l'augmentation du volume du foie qui soulevait la paroi abdominale et entravait l'abaissement du diaphragme.

Une heure et demie après la naissance, on vit apparaître sur la main droite une large tache ecchymotique qui recouvrait une grande partie du métacarpe ; de même, deux taches semblables se produisirent sur la poitrine. La température de l'enfant était de 36°. On mit l'enfant en couveuse et on lui fit respirer de l'oxygène.

A 3 heures du soir, l'enfant était pâle ; de nouvelles ecchymoses étaient apparues sur les cuisses, la paroi abdominale. Les téguments des extrémités mains et pieds étaient mouchetés de suffusions sanguines. La respiration était difficile, la température de 35°,8. On fit la respiration artificielle, mais l'enfant succomba à 4 heures du soir, c'est-à-dire 7 heures après sa naissance.

A l'autopsie, faite immédiatement après la mort, on constata, après la section de la paroi abdominale, que la cavité péritonéale était remplie de sang. Un caillot recouvrait les anses intestinales et s'insinuait entre elles ; le sang gagnait la face inférieure du foie, s'accumulait entre la rate et la paroi abdominale et remplissait le petit bassin.

Les caillots de sang remplissant le péritoine, pesaient 24 grammes.

L'intestin ne contenait pas trace de sang.

Les poumons, surtout celui de droite, étaient parsemés d'ecchymoses.

Les deux poumons pesaient 59 grammes.

Il n'y avait pas d'épanchement dans la plèvre gauche, mais la plèvre droite contenait une certaine quantité (13 grammes) de sérosité sanguinolente.

Le cœur, dont le tissu était très pâle, n'était pas hypertrophié ; il pesait 20 grammes. Sa surface était parsemée d'ecchymoses.

La cavité péricardique contenait seulement quelques gouttes de liquide citrin.

Le trou de Botal était fermé.

Il n'y avait pas d'hémorragie méningée.

Le foie pesait 86 grammes. Il avait l'apparence d'un foie syphilitique.

La rate pesait 31 grammes.

Au niveau de ses extrémités supérieure et inférieure, elle présentait des traces de péritonite.

Sur sa surface interne, en arrière du hile, la capsule était largement décollée ; elle était rompue ; les caillots qui s'insinuaient entre la capsule et le tissu spléniques, se continuaient directement avec ceux qui remplissaient la cavité du péritoine.

Cette rupture de la rate paraissait bien être la cause de l'hémorragie intra-péritonéale.

L'examen histologique nous a montré dans le poumon un épaississement des cloisons inter-alvéolaires avec de nombreux foyers hémorragiques en certains points. Le sang envahit non seulement les alvéoles, mais encore de grosses bronches.

Dans le foie ce sont des lésions mixtes ; les unes anciennes (sclérose et amas nucléaires) ; les autres, plus récentes, essentiellement hémorragiques (ectasie vasculaire très considérable, suffusion sanguine avec dislocation de travées cellulaires).

Dans la rate, les corpuscules sont très petits. Il y a de la sclérose et par places des foyers hémorragiques très étendus.

1) Tel est ce fait. On sait depuis longtemps que la syphilis est une des causes les plus importantes des hémorragies des nouveau-nés. Mais le plus souvent ces hémorragies apparaissent tardivement (7-10 jours) et il n'est pas rare d'observer en même temps une infection banale (streptocoques, staphylocoques, colibacilles). Il est alors assez difficile de faire le départ, au point de vue étiogénique, entre ces deux facteurs : la syphilis, l'infection. Ici la précocité des hémorragies exclut toute idée d'infection microbienne intercurrente.

2) Dans les cas où la syphilis peut être incriminée, il y a le plus souvent un cœur très volumineux : il n'en fut pas de même ici où les dimensions du cœur étaient normales.

Il est fort difficile de dire par quel mécanisme les hémorragies se sont produites.

3) Ce fait est remarquable par la diffusion des hémorragies et par leur siège inhabituel (plèvre, rate, et, par suite de la rupture de celle-ci, péritoine), alors qu'il n'y avait ni épistaxis, ni hémorragie intestinale, ni hémorragie méningée, etc.

M. BARTHÉLEMY. — Ces observations d'hérédosyphilis, de M. le Dr Bar et de M. le Dr Étienne, montrent bien les troubles profonds qu'apportent dans l'organisme, soit dans le squelette, soit dans les viscères, soit dans les tissus divers de l'économie, la virulence spécifique, soit directement par l'hérédosyphilis, soit secondairement par l'hérédité syphilitique. De même qu'il y a des lésions directes du squelette, comme dans le fait du Dr Étienne, de même il y a des altérations du système vasculaire ou bien acquises, comme dans certains cas d'artériosclérose soit généralisée, soit localisée, ou bien congénitale, comme dans la belle observation du Dr Bar. J'ajoute que souvent le Dr Bar n'ayant pas de renseignements sur les antécédents, a pu affirmer l'hérédosyphilis de par les seules lésions viscérales constatées à l'autopsie de l'enfant ou du fœtus.

D'autres fois il y a des altérations artérielles et vasculaires qui aboutissent non seulement à des lésions localisées, circonscrites, déterminées, mais aussi, on a des lésions plus ou moins généralisées de méningite et de méningo-encéphalite. Mais, bien plus, dans certains cas de syphilis acquise, il y a des troubles cérébraux mal définis et impossibles encore à analyser anatomiquement, soit directement chez des gens dont la famille

est absolument correcte, soit secondairement chez des sujets prédisposés. Ces troubles cérébraux, ces altérations des cellules nerveuses, aboutissent à des aliénations véritables pouvant durer de quelques mois à plusieurs années. Je crois pour ma part que, bien plus souvent qu'on le pense, la syphilis conceptionnelle latente peut donner des conséquences du même ordre au point de vue des aliénations et des perversions mentales. J'ai plusieurs cas dont la synthèse est celle-ci : Le mari contracte la syphilis et se traite plus ou moins incomplètement. Il se marie de 6 à 10 ans après et ne contamine directement ni sa femme ni ses enfants... mais 10 ans après son mariage il meurt de syphilis cérébro-spinal; 20 ans après, sa femme, âgée de 60 ans (sans prédisposition de famille mais devenue graduellement artérioscléreuse), devient démente. Le fils est d'ailleurs hémiparétique et rentre dans la catégorie de ces dystrophiques sur lesquels M. Edmond Fournier a fait une étude si intéressante. Ces faits sont à l'étude, je n'affirme rien, je pose seulement la question et je ne vois pas encore quelle influence la médication spécifique peut avoir; n'en aurait-elle qu'une restreinte, cela ne prouverait pas contre l'hypothèse étiologique que je viens de signaler. Il peut y avoir dans les organes des dystrophies similaires à celles qu'on observe directement sur les dents.

Un cas d'érythème bulleux par ingestion d'antipyrine. Éruption bulleuse périanale syphiloïde.

Par MM. BARTHÉLEMY et D. RELAY.

Cette observation est celle du malade dont il a été question dans la séance d'avril (voir p. 147 du *Bulletin*).

Le malade est un homme de 50 ans, n'offrant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, mais nettement arthritique, ainsi que le démontre d'une part l'histoire de son passé pathologique et, d'autre part, l'état de sa constitution actuelle.

Dès l'âge de 12 ans, il présentait de l'eczéma impétigineux du cuir chevelu, qui fut guéri par l'emploi du goudron.

Vers la même époque il commença à présenter entre les cuisses des poussées d'eczéma suintant dont les sécrétions souillaient les vêtements, au point d'user ses pantalons.

La vitalité de son système pileux fut aussi troublée : les poils de la moustache n'ont jamais tenu solidement ; quant à ceux du pubis, il pouvait les arracher par poignées ; encore aujourd'hui, l'anus et le pubis sont à peu près glabres ; fait intéressant, il a conservé tous ses cheveux, qui sont assez bien fournis.

Il a toujours transpiré énormément ; sujet aux furoncles.

A 25 ans, il va séjourner aux colonies (Réunion) comme fonctionnaire ; là il subit plusieurs accès paludéens.

Pas de syphilis ; pas d'alcoolisme.

A six enfants qui sont bien portants.

Ce malade présente tous les attributs d'un sujet arthritique et lymphat-

tique ; assez obèse, il a une peau blanche et molle, sans résistance.

Il présente au niveau des aines del'intertrigo érythrasmique et de l'eczéma chronique fissuraire autour de l'anus.

Cet eczéma a servi de cause d'appel à l'éruption actuelle.

Il fallait d'ailleurs un terrain de ce genre pour donner lieu à une affection qui semble d'ordre toxique.

S'agit-il d'une auto-intoxication alimentaire ou médicamenteuse ? Le malade avait mangé du poisson dans ces derniers temps ; mais il a pris aussi de l'antipyrine, et peut-être peut-on invoquer cette dernière intoxication ?

Quoi qu'il en soit, l'éruption a débuté par un malaise général avec courbature et fièvre, s'accompagnant de troubles digestifs (diarrhée). En même temps, l'anus devenait le siège de vives démangeaisons.

Le malade est vu au troisième jour et l'éruption se présente alors avec les caractères suivants :

L'anus est entouré de cinq grosses phlyctènes, très saillantes, se confondant par leurs bords, de façon à former une énorme bulle, analogue à celle d'un vésicatoire, remplissant le pli interfessier.

L'épiderme qui les recouvre est très aminci et laisse apercevoir par transparence un liquide citrin.

Une substance vésicante eût absolument donné pareil effet, mais le malade n'a employé aucune sorte de topique, qu'on puisse incriminer.

Deux jours après, les phlyctènes se sont rompues, l'épiderme s'est affaissé et l'on voit à leurs places cinq ulcérations circulaires, aux confins de la marge de l'anus. Elles sont à fleur de peau, leur surface est saignante et douloureuse ; deux d'entre elles, se fusionnent par leurs bords, de façon à donner l'aspect polycyclique de l'herpès, ou mieux l'aspect en arcades syphilitides.

Entre temps sont survenues des lésions analogues au niveau des 2^e et 3^e orteils du pied gauche. Là l'éruption est moins avancée ; à l'extrémité des orteils la peau est œdématiée et présente une teinte rouge vineux ; déjà l'épiderme commence à soulever en phlyctène.

Le malade est soumis à un traitement émollient (bains d'amidon, poudre d'amidon, de talc, de bismuth), sous l'influence duquel les ulcérations se dessèchent rapidement ; au bout de quinze jours l'épiderme s'y est reformé complètement.

Le malade avait eu il y a trois ans une éruption semblable sur la cheville : il s'y était formé une tache rouge livide, qui avait duré 40 jours, mais sans former de bulle. Il s'agissait, croyons-nous, d'une première poussée d'érythème polymorphe. Aujourd'hui les lésions ont donné lieu à la variété d'érythème bulleux. Il fallait aussi penser à la lèpre, le malade ayant longtemps habité les colonies suspectes ; il y a lieu ici de l'éliminer comme la syphilis.

Dermatite polymorphe douloureuse à forme grave (1).

Par MM. CH. AUDRY et DAUNIC (de Toulouse).

Voici une observation qui, à divers points de vue, pourra être utile dans l'étude des variétés graves de la dermatite polymorphe douloureuse de Dühring-Brocq :

X..., âgée de 49 ans, ne présente aucun antécédent dans ses ascendants ou ses collatéraux. Elle a eu neuf enfants dont cinq survivent ; les quatre autres ont succombé d'affections accidentelles. Pas de fausse couche.

Elle est ménagère ; pas de misère ; pas d'alcoolisme ; pas de maladie antérieure. Cependant, elle déclare que depuis plusieurs années elle est sujette à des vomissements qui se produiraient très souvent le matin, au réveil.

Elle est tombée malade brusquement le 19 janvier de l'année présente ; elle a été soignée par le Dr Saint-Germain, par qui nous fûmes appelés en consultation auprès d'elle et qui a pu nous donner des renseignements très utiles.

L'affection a débuté par un prurit violent accompagné immédiatement de rougeur et d'élevures papuleuses.

Bientôt, se manifestèrent des plaques blanches évidemment urticariennes. Enfin, au bout de quelques semaines, la malade se couvrit de vésicules et de croûtes ; cette période d'eczématisation fut passagère. On vit alors s'installer la rougeur qui ne tarda pas à envahir la presque totalité du tégument ; des papules reparurent ; enfin se manifestèrent des vésicules qui ne tardèrent pas devenir des phlyctènes et de petites bulles. Jamais, ces dernières, ni les papules n'ont accusé la moindre apparence d'herpétiformité. Les bulles se dessèchent et s'effacent sans laisser de traces.

Le prurit fut constamment d'une violence extrême ; insomnie à peu près absolue ; anorexie ; affaiblissement considérable.

Rien aux poumons, ni au cœur ; ni sucre, ni albumine dans les urines, celles-ci restent épaisses.

Depuis quelques jours, sueurs diffuses et profuses.

Le 9 avril, nous voyons la malade :

C'est une femme pâlie, encore un peu obèse et l'état général est évidemment très mauvais. Elle se plaint d'un prurit douloureux, continu et généralisé ; ce prurit diurne et nocturne qui a résisté à tous les traitements, et ne tolère aucun topique, se produit même dans des régions où la peau paraît saine, en particulier sur la paume des mains.

Les altérations cutanées sont à peu près généralisées ; nous avons dit que la paume des mains était saine ; la face présente seulement quelques rares élevures excoriées, mais elle a été beaucoup plus atteinte.

La première lésion est la rougeur : c'est une rougeur vive, rosée, presque carminée, un peu saillante, à bords nettement dessinés sur des sur-

(1) A la séance de novembre 1893, l'un de nous a présenté l'observation d'une dermatite herpétiforme à forme papuleuse. Nous venons de revoir la malade : il y a 2 ans, elle fut mordue par un chien enragé et traitée à l'Institut Pasteur ; depuis lors, elle a vu les poussées diminuer, se raréfier et disparaître. (Ch. A.)

faces de lésion de peau saine ; on peut la considérer encore comme un peu urticarienne ; les bords sont plus ou moins arrondis, très découpés.

En un grand nombre de points, à côté de ces nappes érythémateuses, il existe des élevures qu'on peut comparer à de larges papules rosées, parfois excoriées ; il en est aussi sur les avant-bras, dont le tégument paraît un peu œdémateux.

Cà et là, sont disséminées de nombreuses petites bulles dont le volume varie de celui d'une tête de forte épingle à celui d'une cerise. Elles sont généralement peu élevées ; elles naissent tantôt sur le tégument érythémateux, tantôt sur les surfaces de réserve ; elles ne sont entourées d'aucune zone de rougeur. Plusieurs sont encore remplies de sérosité claire ; mais, depuis quelques jours, le contenu d'un grand nombre est devenu purulent. Elles sont dispersées sans aucun ordre, sans aucune élection, sans aucun dessin et principalement sur les épaules, la poitrine, l'abdomen, les membres, au pourtour de la zone génitale.

Rien d'anormal du côté des poils.

Mais tous les ongles des doigts sont malades. L'altération est limitée à la lunule et se manifeste par de la rougeur du lit et de la desquamation écailleuse et fine de l'ongle même au niveau de la zone indiquée.

Au pied, les ongles des orteils ne paraissent pas aussi malades ; cependant celui du médius du pied gauche se détache complètement ; les autres ne diffèrent pas sensiblement de l'état normal.

Sensibilité normale au toucher :

La malade dit que la muqueuse buccale a été malade.

On trouve seulement un peu d'angine sans caractère, et sur la muqueuse du voile, à gauche, une érosion circulaire un peu hémorrhagique.

Le malade se plaint d'éprouver des vomissements plus nombreux depuis quelque temps ; ils sont même un peu teintés d'un sang rouge qui doit être d'origine bucco-pharyngée.

Nous avons dit qu'il existait des sueurs abondantes, profuses et diffuses, et datant seulement de quelques jours. Insomnie absolue.

Alimentation presque impossible.

Traitement : lait, liqueur de Fowler, lotions phéniquées, acide phénique à l'intérieur ; enveloppement dans de la mousseline imbibée de liniment oléo-calcaire.

16 avril. Amélioration légère du prurit ; sueurs diminuées. Rougeur moindre, laissant une coloration brune uniforme. Poussée de bulles continue, généralement petites et clairsemées, devenant purulentes au bout de deux ou trois jours.

L'insomnie persiste ; la malade tousse et a de la bronchite ; les vomissements sont continus, non sanglants ; le lait n'est plus toléré, ou très mal. Alimentation presque impossible à cause des vomissements. Diarrhée.

Le 17. Examen du sang et du liquide des vésicules.

Le 18. Analyse des urines faite au laboratoire des cliniques (dirigé par M. le Dr Gérard) :

Quantité émise pendant 24 heures.....	400 grammes.
Aspect.....	trouble.

Réaction.....	acide
Densité.....	1016
Urée.....	22,700 par litre
Phosphates.....	2,05 —
Chlorures.....	4,70 —
Dépôt d'urates.	
Ni albumine, ni sucre.	

Urines, en somme, à peu près normales, à cela près qu'elles sont très diminuées en quantité, probablement à cause de la diarrhée, des sueurs et des vomissements.

Le 26. Le Dr Saint-Germain m'apprend que l'état de la peau est stationnaire; les poussées bulleuses continuent. Le prurit est diminué, ainsi que la rougeur diffuse et les sueurs; la bronchite est guérie.

La diarrhée et les vomissements ont cessé; on va reprendre très prudemment l'emploi de la liqueur de Fowler qu'on avait dû suspendre.

L'état général reste stationnaire; plutôt moins mauvais.

Voici le résultat de la numération des globules rouges et des éosinophiles dans le sang et les bulles:

La numération des globules rouges donne le chiffre de 3,870,000 par millimètre cube.

La numération des leucocytes éosinophiles (1) donne la proportion de 2,9 p. 100 de leucocytes ordinaires.

Dans une bulle datant de trois heures, on rencontre à peine quelques leucocytes de divers ordres.

Dans une bulle datant de vingt-quatre heures, on trouve des leucocytes de toutes les variétés et non uniquement des cellules éosinophiles. Celles-ci se rencontrent en proportion plus grande qu'à l'état normal, mais ne constituent pas la totalité des cellules lymphatiques que l'on trouve dans le liquide des bulles.

Nous avons peu de choses à ajouter à la précédente observation.

Nous partageons la manière de voir de Brocq, quand il étend les limites du cadre primitivement tracé par Dühring; en d'autres

(1) La numération des cellules éosinophiles a été faite d'après le procédé de Zappert; c'est-à-dire: diluer le sang au centième dans le mélangeur de Potain, avec le liquide suivant:

1 Acide osmique à 1 p. 100.....	50 parties.
2 Glycérine neutre.....	45 —
Sol. aq. d'éosine à 1 p. 100.....	15 —
Eau distillée	55 —

On peut compter d'abord les globules rouges avec l'hématimètre de Malassez (dans lequel le quadrillage est de 100 petits carrés équivalant en totalité à un millimètre cube, ce qui permet de faire la numération sur un champ très vaste); puis, on établit la proportion des leucocytes ordinaires, et enfin celle des cellules éosinophiles, qui apparaissent avec la plus grande netteté grâce à la coloration rouge-brun de leurs granulations.

termes, nous croyons aussi que l'herpétiformité n'est pas un caractère essentiel et nécessaire de la maladie. Sans doute elle est la règle, et c'est la première fois que nous la voyons manquer; mais elle peut faire défaut, et, sauf indications ultérieures, nous admettons que notre cas appartient au même syndrome que les variétés herpétiformes. En ce qui touche la nature réelle de la maladie, tout le monde en est actuellement réduit à des hypothèses, et nous ne serons vraisemblablement fixés que lorsque l'on aura réussi à déterminer l'étiologie de l'affection ou des cas qui la constituent. Il est toutefois certain que notre malade digère mal depuis longtemps.

On n'est pas encore bien édifié sur la valeur de l'éosinophilie sanguine. Cependant, la constatation de celle-ci chez notre malade sera agréable à M. Leredde, et dans une certaine mesure elle tend à confirmer encore les idées de Brocq sur la contingence relative de l'herpétiformité. Elle a été, du reste, fort légère, tandis que les globules rouges sont modérément diminués.

On a vu que l'excrétion urinaire ne paraît pas avoir été modifiée bien profondément.

Rappelons enfin la constatation tout à fait anormale de lésions unguéales encore peu prononcées, mais incontestables, à peu près généralisées à tous les doigts de la main (1).

Actinomycose cutanée de la face.

Par M. LÉON PERRIN.

Depuis quelques années les observations d'actinomycose humaine publiées en France sont devenues assez fréquentes; elle a été surtout observée à Paris, Lyon, Reims, Lille et Bordeaux. Il est probable que cette affection n'est pas très rare, mais qu'elle est souvent méconnue, et que, lorsque dans une région on a appris à la reconnaître, les faits se multiplient. A Marseille, aucun cas n'en a encore été publié; en voici un exemple bien net que M. le Dr Pantaloni a bien voulu m'adresser: c'est une actinomycose cutanée, développée primitivement à la face; c'est ce qui en fait sa rareté, car la peau n'est le plus souvent atteinte dans l'actinomycose que secondairement, par suite d'une tumeur actinomycosique profonde qui suppure, grossit, se rapproche des téguments. Ce cas est caractéristique; il a pu être diagnostiqué avant tout examen bactériologique par les allures particulières de l'affection qui attirèrent notre attention en éveillant

(1) Ajoutons que, en examinant du liquide de bulles de pemphigus hystérique, l'un de nous a trouvé des éosinophiles en beaucoup plus grande quantité que dans la sérosité des bulles de notre malade.

l'idée d'actinomycose. Quant à la cause de la contamination, elle paraît être la suivante : le malade, portefaix sur les quais, avait été occupé, quelque temps avant l'apparition des lésions, au déchargement de navires remplis de sacs de céréales, blé, avoine, orge; en portant ces sacs sur l'épaule droite, il a été piqué à la joue par un de ces grains, et c'est à la suite de cette piqûre que la première saillie fluctuante s'est montrée.

Voici cette observation :

A. L..., portefaix sur les quais, âgé de cinquante-deux ans, Corse d'origine, mais habitant Marseille depuis trente ans; il a huit enfants vivants et bien portants; trois sont morts en bas âge. C'est un homme très robuste, qui n'a jamais fait de maladies sérieuses, sa mère est encore vivante, son père est mort à un âge très avancé. Rien dans les antécédents qui puisse faire songer à la syphilis; rien de suspect au point de vue de la tuberculose.

Le 30 mars 1899, le malade nous est adressé par le Dr Pantaloni à notre clinique dermatologique. Le début de la maladie remonterait à deux mois en janvier 1899; elle aurait apparu quelques semaines après que le malade a été occupé au déchargement de plusieurs navires contenant des céréales diverses : blé, avoine, orge. Les sacs portés par les ouvriers des quais sur l'épaule droite, sont en contact avec la joue et l'oreille de ce côté. Le malade présente même sur le pavillon de l'oreille droite les stigmates de sa profession de portefaix; le pavillon, dans sa moitié supérieure, est induré, épaissi, étalé, il est le siège de durillons plus ou moins saillants produits par les frottements continuels de l'oreille avec des corps durs.

C'est au commencement de janvier 1899 que le malade eut une petite tuméfaction inflammatoire au niveau de la joue droite; quelques jours après l'abcès se ramollit et s'ouvrit spontanément, et, après s'être vidé, il se reforma et resta fistuleux. A la fin de janvier deux nouveaux abcès apparaissent au-dessus du premier, à deux centimètres environ de la paupière inférieure; ces abcès devinrent le siège de petites ulcérations. Le malade ne pouvant plus, à cause de ces lésions suppurées, faire son métier de portefaix, se décida à consulter son médecin; le 30 mars, c'est-à-dire deux mois après le début de l'affection, il présentait l'état suivant :

La lésion a l'aspect d'une plaque d'un rouge violacé, mamelonnée, endurcie, qui occupe la joue droite dans sa totalité. Ses limites répondent en haut au bord inférieur de l'orbite, en dedans au sillon naso-génien, en dehors elle respecte les régions préauriculaire, en bas elle est en rapport avec le bord du maxillaire inférieur. La surface a une coloration rouge violacé, présentant des saillies mamelonnées, parmi lesquelles les unes sont molles au toucher et plus ou moins fluctuantes; les autres sont ulcérées à leur sommet : elles reposent toutes sur une base dure, presque ligneuse. Cette large masse indurée est molle en bas, au niveau du maxillaire inférieur; mais elle paraît adhérente aux parties profondes, au niveau de l'os malaire et de l'apophyse zygomatique.

En examinant les lésions de haut en bas, on constate les particularités suivantes : la paupière inférieure dans sa moitié externe est le siège d'une

infiltration molle, oedémateuse et la peau est d'un rouge foncé, la muqueuse conjonctivale est saine.

Au-dessous de la paupière, les téguments sont livides, indurés et paraissent adhérer au squelette sous-jacent; ce n'est qu'à la partie externe que la peau peut être plissée; l'os malaire paraît être augmenté de volume. Au niveau et au-dessus de celui-ci existent deux petits nodules saillants, arrondis, ramollis, abcédés spontanément et ulcérés; par leur orifice on fait sourdre quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

Au-dessous de ces nodules, on voit au niveau de la partie molle et centrale de la joue une surface présentant des saillies mamelonnées et des dépressions; c'est dans cette région que s'est montré le premier abcès qui s'est ouvert et fermé plusieurs fois. Il persiste encore sous la forme d'une saillie fluctuante, violacée, livide, au niveau de laquelle les téguments sont amincis; en pressant sur la tumeur on fait sortir un liquide purulent et de la sérosité sanguinolente. Dans le pus recueilli et étalé sur une lamelle on constate deux granulations arrondies d'un blanc jaunâtre.

L'exploration au stylet permet de pénétrer assez profondément, mais sans qu'on trouve de surface osseuse.

Au-dessous et en dehors du foyer de la partie centrale de la joue, existe une autre tumeur ovale, rouge, allongée de dehors en dedans, pseudo-fluctuante, apparue depuis quelques jours seulement.

Il n'y a pas de douleurs spontanées; la pression elle-même, au niveau des tumeurs ulcérées ou non, n'est pas douloureuse.

En explorant la région de la joue par sa face interne avec un doigt introduit dans la bouche, on ne constate aucune tuméfaction au niveau des gencives ni du sillon gingivo-génien; les lésions siègent exclusivement à la surface cutanée de la joue droite.

Les ganglions lymphatiques correspondants sous-maxillaires et parotidiens sont absolument indemnes.

L'état général de cet homme est excellent. A l'examen de l'appareil respiratoire, du cœur, du tube digestif, on constate un état tout à fait normal.

L'examen du pus a été pratiqué par M. le Dr Engelhardt: dans les préparations de pus écrasé, étalé sur lamelle et colorées par la méthode de Gram, on constate très nettement l'existence du mycélium, dessinant des amas de filaments très fins enchevêtrés et ramifiés. Il existe de fines granulations (spores). Quant aux massues, elles sont rares.

Le malade est mis à l'iodure de potassium, 2 gr. par jour en augmentant tous les jours d'un gramme jusqu'à la dose de 8 gr. Localement, pansements humides. Sous l'influence de ce traitement au bout de dix jours, le 10 avril, on constate une amélioration manifeste à la partie supérieure de la joue, les deux nodules situés au-dessous de la paupière inférieure sont cicatrisés et à leur orifice existe une petite dépression cicatricielle; la plaque indurée est plus souple au niveau de la région malaire, moins violacée, elle peut être plissée; l'oedème de la paupière inférieure est seulement un peu diminué. Quant à la partie centrale du foyer, il y a peu de changement; la saillie fluctuante apparue dès le début laisse toujours

écouler par la pression une petite quantité de sérosité sanguinolente dans laquelle on ne voit plus de grains jaunes ; les bords de l'ulcération sont livides, décollés et déchiquetés. La tumeur ovalaire située au-dessous de cette lésion qui était dure il y a une dizaine de jours, se ramollit. L'iodure de potassium étant bien toléré, est continué à la dose de 8 gr. par jour.

Le 20 avril, l'amélioration constatée à la partie supérieure de la joue persiste ; mais la tumeur de la partie moyenne qui était en voie de ramollissement s'est ouverte à l'extérieur, et il sort de ce foyer un pus grumeleux mal lié et surtout un liquide sanguinolent dans lequel on n'aperçoit pas de granulations.

Le 30, l'écoulement a diminué ; mais au-dessous de cette lésion et malgré l'iodure de potassium que le malade continue aux mêmes doses, se sont développées sur le maxillaire inférieur à sa partie moyenne et s'étendant un peu au-dessous de lui, des tumeurs secondaires, sortes de nodules violacés, durs, non douloureux à la pression. Leur évolution paraît devoir suivre celle qui a été constatée pour la tuméfaction du centre de la joue ; elles vont se ramollir en quelques semaines, ulcérer les téguments et s'ouvrir à l'extérieur. Aussi proposons-nous au malade de laisser inciser et curetter tous les foyers et les trajets fistuleux. Ne souffrant nullement de son affection, il refuse toute intervention active et continue à prendre l'iodure de potassium à 8 gr. par jour.

Cette observation est intéressante à plusieurs égards. C'est un cas d'actinomycose cutanée, développée primitivement à la face ; la contamination a été produite par des grains de céréales qui ont produit une piqûre à la joue ; l'affection évolue depuis plus de trois mois sans altération de l'état général ; malgré des doses continues et élevées d'iodure de potassium, s'il y a une certaine amélioration dans les lésions, des tumeurs secondaires se développent progressivement à la périphérie du foyer primitif. Aussi sera-t-il nécessaire, dans ce cas, d'ouvrir toutes les collections, de les évacuer complètement, de racler à fond avec une forte curette les clapiers et les trajets, et enlever toutes les fongosités, et, après lavage avec une solution de sublimé, de bourrer toutes les cavités avec de la gaze aseptique pour faire cicatriser du fond à la surface, en ayant soin de ne laisser aucun décollement.

Emploi des injections de sérum artificiel de Hayem, dans les syphilis malignes.

Par M. VICTOR AUGAGNEUR.

(Voir page 433.)

Le Secrétaire,

PAUL GASTOU.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

VEREENIGING VAN NEDERLANDSCHE DERMATOLOGEN

Séances de décembre 1897 à mai 1898.

Érythème polymorphe.

SELHORST présente un cas d'érythème polymorphe vésico-bulleux (Brocq).

Les membres présents pensent qu'il s'agit d'un cas de dermatite herpétiforme de Duhring.

SELHORST maintient le nom qu'il a donné à cette maladie parce que les efflorescences de nature urticarienne disparaissent à la suite des bains. Il ne trouve que des signes de troubles angio-neurotiques et point de symptômes de dermatite.

Sclérodermie en plaques.

MENDES DA COSTA présente deux malades atteints de sclérodermie en plaques.

La première est une servante de 13 ans, qui porte une quantité de taches blanches, disposées en groupes sur la peau livide, au niveau des bras et de l'épaule gauche; les taches blanches sont entourées d'une mince auréole violette et les plus grandes d'entr'elles, qui ne dépassent pas la dimension d'un bouton de chemise, sont parsemées de très fines télangiectasies. Les taches sont strictement limitées à la partie de la peau innervée par les 5^e, 6^e et 7^e nerfs cervicaux; la peau est pigmentée en brun jaunâtre, les muscles des bras, mais surtout le deltoïde, sont atrophiés; on ne peut constater aucun trouble de la sensibilité; sur l'épaule atteinte, on voit des veines très dilatées.

Le deuxième cas est celui d'une dame de 23 ans, portant des plaques de morphée sur la poitrine et sous l'aisselle, dans les points où se distribuent les 2^e et 3^e nerfs intercostaux.

RIETEMA recommande comme traitement, des courants électriques de 2 milliampères dirigés de haut en bas.

SELHORST croit qu'on obtiendrait de meilleurs résultats des bains électriques, à cause de l'action simultanée de la chaleur et de l'humidité.

Ulérythème ophryogène.

MENDES DA COSTA présente un cas douteux d'ulérythème ophryogène; il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, ayant aux tempes une éruption en forme de croûtes. Vers l'âge de neuf ans, il s'est produit à la tempe droite une plaque rouge et squameuse sur laquelle les cheveux tombèrent bientôt. Six ans plus tard, une tache semblable apparut au point symétrique du côté gauche et, il y a peu de temps, de petites papules rouges se développèrent à la commissure droite de la bouche et au pli naso-labial. De ces papules sortait un liquide clair citrin, qui se desséchait en très petites croûtes; bientôt apparurent des croûtes semblables dans les cils et dans la partie externe des paupières. On trouve actuellement au-dessus de

l'oreille une cicatrice rose à bord saillant et avec des orifices folliculaires très dilatés.

On voit en outre plusieurs petites taches alopéciques sur la tête, surtout à la moitié externe des paupières où les poils sont clairsemés.

Derrière les oreilles et à la bordure du cuir chevelu, à l'occiput, la peau est atrophiée, rouge et un peu squameuse. Les quelques cheveux qui se trouvent encore dans les parties alopéciques sont très minces, secs et courbés en sens divers sur le bord de la région atteinte. On aperçoit en outre, en dehors des follicules dilatés, quelques petites pustules. Au microscope on peut voir que tous les poils malades ont des bulbes pleins et que beaucoup sont entourés d'une gaine d'aspect fibreux. Ces gaines contiennent une quantité considérable de tubes mycéliens et d'organismes en forme de bouteilles. Les tubes mycéliens sont extrêmement fins et forment par leur juxtaposition de larges plaques. Les filaments se divisent dichotomiquement. Cependant on ne trouve ces organismes ni dans toutes les gaines pilaires, ni dans toutes les saillies en forme de lentes que l'on voit autour des cheveux ; ceux-ci sont entourés d'une gaine absolument homogène. Le diagnostic d'ulérythème ophryogène ne peut être considéré que comme probable, parce que le symptôme principal, à savoir le début de l'affection aux sourcils, manque ; cependant le diagnostic est appuyé par la prédilection de l'affection pour les cheveux courts et gros, par l'absence de vésicules, par l'existence de cônes cornés dans les orifices des follicules, par la chute diffuse des cheveux, par le début de l'affection dans l'enfance.

Les paupières, qui sont le siège de prédilection de l'affection, n'ont été atteintes qu'à une période plus avancée de la maladie.

Les vésicules et les pustules périfolliculaires et les gaines péricapillaires ne sont pas en rapport avec la maladie elle-même, mais sont dues à une infection secondaire, le malade n'étant pas soigneux.

Gangrène neurotique.

MENDES DA COSTA présente une fille de 15 ans, atteinte de gangrène neurotique qui présentait, dans l'intensité de ses lésions, la même marche progressive qu'il a pu constater dans plusieurs cas semblables.

Les lésions débutaient par des érosions et des excoriations ayant pour la plupart la forme de rectangles et situées dans une même direction. Ces érosions guérissaient rapidement, mais comme de nouvelles poussées survenaient, ce stade d'érosions dura un temps indéterminé, parfois deux années. Ordinairement on peut voir ensuite les lésions devenir graduellement plus profondes et ressembler alors à certaines éruptions zostéroïdes (second stade), zoster atypicus Kaposi. Quelques années plus tard ces éruptions deviennent de plus en plus rares et alors se développe l'affection nommée gangrène spontanée (troisième stade). Dans cette période se produisent d'emblée des taches blanches de la grandeur d'une pièce d'un ou deux francs, entourées de quelques foyers gangréneux folliculaires beaucoup plus petits ; peu après leur début, la peau anémiée devient jaune et transparente, puis, plus foncée, de sorte qu'on peut voir, avec une netteté parfaite, les réseaux sanguins superficiels et profonds.

Nævus porokératode de la paume de la main.

MENDES DA COSTA présente la photographie d'un nævus porokeratodes de la paume de la main.

Cette affection occupait chez son malade la paume des mains et la plante des pieds. Le cas est publié par M. Scheltema dans le *Medischweek*.

Sclérodémie en plaques.

BRUMMUND présente une jeune demoiselle de 26 ans, atteinte de sclérodémie en plaques. Toutes les jointures furent atteintes de douleurs rhumatoïdes pendant trois ans ; dans ces derniers temps il y eut une amélioration notable, mais il se développa une sclérodémie en petites plaques, dont quelques-unes furent surmontées de vésicules, probablement d'origine trophoneurotique.

GUTTELING pense qu'il y a un rapport direct entre les douleurs rhumatoïdes et la sclérodémie.

Sycosis parasitaire.

BRUMMUND présente 2 hommes atteints de sycosis parasitaire avec infiltration très forte et végétations papillaires qui s'ulcérèrent en certains endroits. Les deux cas sont déjà très améliorés. Le traitement a consisté dans l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur, dans l'application de la pommade diachylon et dans l'épilation des poils malades.

L'orateur attribue la guérison à l'emploi de l'iodure de potassium, ce que plusieurs des membres contestent.

Eczéma guéri par l'iodothyline.

BRUMMUND présente un homme de cinquante ans, ayant souffert jadis d'un eczéma récidivant des jointures et qui semble être définitivement guéri par l'emploi de 1/2 à 1 1/2 gramme d'iodothyline par jour.

Dans d'autres cas d'eczéma chronique, il a vu le médicament donner des résultats satisfaisants. Par contre, il n'en a rien obtenu dans le psoriasis.

Stomatite ulcéreuse fongueuse.

BROES VAN DORT présente un cas de diagnostic douteux. C'est un garçon de neuf ans, atteint d'une tuméfaction considérable chronique des parties molles de la cavité buccale avec des érosions, des ulcérations et des hémorragies gingivales. Les dents sont mobiles dans les alvéoles, placées de travers, en sens divers, au milieu d'une masse tuméfiée. On n'a pas pu porter un diagnostic certain. Le diagnostic de morve chronique ne fut pas confirmé par l'examen microscopique.

Pemphigus vulgaire.

VAN DUGTEREN montre un cas de pemphigus vulgaire bénin chez une femme de 38 ans. Les bulles se développent sur une peau normale ; l'affection existe déjà depuis cinq mois sans interruption. La malade a été traitée avec l'arsenic à l'intérieur, en même temps qu'on appliquait à l'extérieur le liniment oléo-calcaire.

SELHORST fait observer qu'à la clinique de Lassar, on applique un traitement abortif des bulles, consistant à toucher avec le nitrate d'argent à 3 p. 100, les taches rouges qui précèdent l'éruption des bulles.

VAN DUGTEREN répond que, dans son cas, la formation de bulles n'est annoncée par aucun symptôme.

V. DUGTEREN présente en outre un enfant de 2 ans et demi, atteint de dermatite herpétiforme. Au mois de septembre 1897, un petit morceau de bois lui entra dans l'œil et bientôt après, aux endroits où les larmes coulaient de l'œil malade, se montrèrent de petites bulles de diverses dimensions. De là l'exanthème s'étendit au corps entier et se montra aussi sur les muqueuses visibles.

Sur la répression de la prostitution.

VAN DUGTEREN et RIETEMA, rapporteurs, concluent après une étude minutieuse que, dans l'intérêt de la santé publique, la surveillance sanitaire dans toutes ses formes doit être supprimée.

VAN DUGTEREN se prononça pour la suppression des maisons de tolérance, à la fois dans l'intérêt de l'hygiène publique et pour le maintien de la moralité publique.

RIETEMA est d'avis que la magistrature ne doit se mêler dans la question de la prostitution, qu'autant que celle-ci menace l'ordre social; or les maisons de tolérance ne le menacent pas.

VAN DUGTEREN propose l'ordre du jour suivant: la Société néerlandaise de dermatologie croit devoir décidément déconseiller, dans l'intérêt public, la surveillance sanitaire sous tous les rapports.

Après discussion, la Société, considérant que les lois néerlandaises existantes ne permettent pas une surveillance sanitaire satisfaisant aux exigences actuelles, est d'avis que la surveillance sanitaire soit supprimée dans toute la Hollande, jusqu'à ce que les lois soient modifiées de telle sorte que cette surveillance puisse atteindre le but qu'on s'en propose; elle vote pour la conservation des maisons de tolérance.

S. MENDES DA COSTA.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Blastomycoses.

Dermatite blastomycétique (Blastomycetic dermatitis), par R. HESLER. *Indiana medical Journal*, août 1898.

En octobre 1897, un homme, sans antécédents pathologiques, reçoit, en se faisant raser, une coupure sous le menton. La plaie se cicatrise facilement, mais, quelques temps après, il y apparaît une petite papule rouge, dure, grosse comme la moitié d'un grain de blé; elle reste stationnaire pendant un mois, puis s'enflamme, acquiert le volume d'un pois et le 11 janvier, la suppuration était évidente. Le petit abcès est ouvert aseptiquement, le pus est ensemencé dans des tubes d'agar et étendu sur des lamelles.

L'examen microscopique des lamelles ne montre aucun des microbes habituels du pus. Les tubes de culture se remplirent tous de colonies blanches brillantes, toutes identiques, formées de grandes cellules ressemblant à une levure. On put alors retrouver le même organisme sur les lamelles, où il se présentait dans les globules de pus, sous forme d'un petit corpuscule ressemblant au noyau d'un leucocyte polynucléaire, mais plus nettement limité. Par la méthode de coloration neutrophile d'Ehrlich, les cellules de levures sont brunes, tandis que les noyaux des globules de pus sont bleu verdâtre.

La végétation est assez rapide, les cellules filles qui naissent par bourgeonnement, sont adultes en une heure.

En milieu liquide il ne se produit que des cellules de levure, mais sur les milieux solides qu'on laisse se dessécher, le parasite prend une forme filamenteuse. Cet organisme ressemble beaucoup à celui qui a été décrit par Gilchrist, mais il est plus petit.

Pour en revenir au malade, la lésion guérit après ouverture de l'abcès et badigeonnage à l'acide phénique et en laissant une cicatrice très marquée. Environ six mois après la guérison de la première lésion, il en est apparu une nouvelle, tout à fait semblable et à 3/4 de pouce de distance; ce qui prouve que la maladie est encore en évolution. W. D.

Pseudo-lupus vulgaire produit par un blastomycète (Pseudo-lupus vulgaris caused by a blastomyces), par T. C. GILCHRIST et W. R. STOKES. *The Journal of experimental medicine*, t. III, 1898, p. 53, avec quatre planches.

Le malade est un homme de 33 ans, sans antécédents pathologiques autres que la maladie actuelle. Celle-ci a débuté en juillet 1885 par un petit bouton pustuleux, situé derrière l'oreille gauche, puis la lésion s'est étendue de façon à envahir la presque totalité de la face dont toute la partie centrale est occupée par une cicatrice; une 2^e lésion semblable est apparue un mois plus tard sur le dos de la main, elle offre la même évolution et guérit au bout de quatre ans après des cautérisations; une

lésion sur le côté droit du scrotum se montre six mois après et guérit spontanément au bout d'un an ; une 4^e sur la face antérieure de la cuisse gauche guérit spontanément en un an ; une 5^e à la nuque guérit en deux ans.

En 1896, la seule lésion qui persiste est celle qui a débuté la première, mais elle a envahi toute la face. La partie centrale est occupée par une cicatrice blanche, mince et souple, mais les paupières sont détruites, en sorte que le malade ne peut pas couvrir les globes oculaires. La bordure est formée par une ulcération croûteuse ou par une bande papillomateuse couverte de croûtes laissant, par la pression, sourdre du pus de petits orifices cachés entre les saillies papillaires. Les ganglions lymphatiques sont indemnes, il n'y a pas de douleur et, dans l'ensemble, la maladie ressemble beaucoup à un lupus tuberculeux, sauf qu'on n'y trouve pas de nodules lupiques caractéristiques et que le lupus de la face ne présente guère un aspect papillomateux aussi accusé.

L'examen microscopique des fragments excisés a montré des lésions inflammatoires en petits foyers disséminés dans toute l'épaisseur du derme formant des pseudo-tubercules et des abcès miliaires, tant dans le derme, que dans l'épiderme, avec quelques cellules géantes. Les prolongements interpapillaires du derme sont allongés ; il n'y a pas d'altération spéciale des follicules ou des glandes. Dans les abcès miliaires se trouvent des éléments parasitaires qui se détachent très nettement quand une coupe non colorée est traitée par la solution de potasse ; on peut les distinguer plus ou moins bien par les méthodes de coloration les plus variées ; ils sont situés dans les pseudo-tubercules et les abcès miliaires, en dehors des cellules, rarement dans les cellules géantes. Ce sont des corps unicellulaires, sphériques, de 10 à 20 μ de diamètre, formés d'une membrane à double contour avec un protoplasma finement granuleux et quelquefois une vacuole, mais pas de noyau ; ils se multiplient par bourgeonnement, mais il n'y a pas de filaments mycéliens.

Le pus qu'on fait sortir par expression des lésions papillomateuses, ne contient pas de microbes pyogènes ordinaires et fournit des cultures pures d'une levure. D'autres cultures ont été obtenues avec des fragments de tissu. Le meilleur milieu est l'agar glycérimé ou la pomme de terre, il se forme des colonnes blanches, arrondies, épineuses comme des châtaignes avec leur coque. Elles poussent aussi dans les milieux à la gélatine, dans le moût de bière, le lait, etc. Il n'y a pas de fermentation alcoolique ni de coagulation du lait.

Les cultures sont formées de cellules de levure, semblables à celles du tissu, et d'un feutrage de filaments mycéliens segmentés, provenant des cellules sphériques et leur donnant naissance.

Les premières inoculations de fragments de tissu à la souris et au cobaye sont restées négatives, ce qui élimine la tuberculose. Des inoculations de cultures dans la veine jugulaire ont déterminé, chez une série de chiens, une abondante éruption de gros nodules jaunes dans les poulmons ; ces nodules sont formés d'une masse caséuse centrale entourée de cellules géantes et de cellules épithélioïdes ; on y trouve en grand nombre le même parasite, mais uniquement sous forme de cellules rondes

sans filaments. L'identité est confirmée par les cultures. On a pu inoculer avec succès le mouton, le cheval et finalement le cobaye, bien que la plupart des expériences sur cet animal soient restées négatives.

Ce parasite est une levure voisine des *oidium* pour laquelle les auteurs proposent le nom de *Blastomycetes dermatitidis*. Il n'a rien de commun avec les soi-disant parasites décrits dans le cancer. W. D.

Dermatophyties.

Le « microsporum » du cheval, par E. BODIN. *Archives de parasitologie*, 1898, p. 379.

B. a étudié la parasitologie de la dermatose du cheval connue sous le nom d'herpès contagieux du poulain, et constaté qu'elle est produite par un champignon rentrant dans la description des *microsporum*. La clinique vétérinaire avait déjà montré les différences qui séparent cette dermatose des trichophyties, mais faisait des deux affections, des variétés d'une même espèce morbide.

Contrairement à l'affection que les recherches récentes ont montré être produite par le trichophyton du cheval, l'herpès contagieux du poulain est extrêmement contagieux et s'observe principalement chez les jeunes chevaux.

Cliniquement, cette mycose se traduit chez le cheval, d'abord par un soulèvement des poils au-dessus de la peau, qui semble comme boursoufflée; les poils ont alors leur aspect normal, ne sont ni cassés, ni décolorés, ni engainés à leur base; plus tard, ils tombent et, au moindre frottement, viennent par bouquets, agglutinés à leur base par des squames grisâtres; on trouve alors une plaque alopécique, arrondie ou ovale, à contours très nets, recouverte de squames grisâtres et absolument sèches, peu abondantes d'abord, puis plus épaisses et recouvrant une peau complètement normale. Contrairement à la trichophytie, il n'y a pas traces de vésicules ou de pustules. Ces caractères sont très comparables à ceux de la teigne tondante à *microsporum* de l'enfant.

Les sujets en contact avec des chevaux atteints de *microsporum* présentent assez souvent des lésions érythémateuses, très fugaces, qui s'éteignent seules et sont probablement dues à l'inoculation du parasite; mais, en raison de leur bénignité et de leur courte durée, ces lésions ne sont pas observées par le médecin. Dans un cas, B. a vu sur le cou, une plaque arrondie, remontant à trois semaines, mesurant trois centimètres de diamètre, ayant le type érythémateux à la périphérie et semblant guérir au centre; la lésion différait des trichophyties circonscrites par l'absence de saillie du bord érythémateux, par l'absence complète de toute trace de vésicules ou de pustules.

Les poils du cheval atteints par le *microsporum* ont, au microscope, le même aspect que les cheveux de l'enfant atteint de *microsporum*: spores arrondies ou légèrement polyédriques par pression réciproque de 2 à 3 μ , juxtaposées sans dessiner aucune figure régulière ni aucun chapelet de spores; les filaments mycéliens sont situés dans le poil lui-même.

Les cultures de ce champignon ont toujours les mêmes caractères, ce qui semble faire croire qu'il n'y a qu'une seule espèce de *microsporum*

du cheval. Elles diffèrent profondément de celles des autres champignons voisins déjà connus. Sur le moût de bière, les cultures sont jaunâtres et tirent sur le rouge, d'autant plus que le moût est plus riche en maltose.

B. a pu déterminer deux formes de reproduction conidienne, dont l'une se rattache au type *Oospora* et l'autre au type *Acladium*; ce dernier caractère permet de faire rentrer le microsporum du cheval dans le même groupe que le microsporum Audouini de l'enfant et le microsporum du chien.

G. T.

Recherches expérimentales sur les ferments des champignons des teignes (Experimental note on the ferments of the Ringworm fungi), par LESLIE ROBERTS. *British medical Journal*, 7 janvier 1899, p. 13.

En 1892, étudiant un trichophyton magalosporum, d'origine chinoise, L. Roberts avait déjà constaté la dissociation du cheveu par le parasite et sa pénétration dans le cheveu, même dans les cultures; un aspergillus qui accompagnait ce trichophyton avait la même propriété. Cette faculté kératolytique n'a été observée au même degré dans aucun autre des trichophytons que l'auteur a pu étudier. Elle a été étudiée depuis par Pelagatti.

Les trichophytons, cultivés dans des milieux à la gélatine, liquéfient celle-ci et cette gélatine liquéfiée peut encore en liquéfier une certaine quantité. La substance protéolytique qui digère ainsi la gélatine et l'empêche de faire prise par le refroidissement, se trouve encore dans de vieilles cultures desséchées depuis six ans. Une solution de gélatine laissée en contact avec ces vieilles cultures dans l'étuve ne se solidifie plus par le refroidissement. Cette substance protéolytique est soluble dans l'eau, mais non dans l'alcool; elle est détruite par une température de 35°; elle est probablement fort différente de la substance kératolytique. W. D.

Traitement facile et efficace de la teigne tondante (An easy and effective method of treatment of tinea tonsurans), par H. B. SHEFFIELD. *New-York medical Journal*, 14 mai 1898, p. 680.

Après avoir tondu les cheveux tout à fait ras, on applique chaque jour avec un pinceau le mélange suivant sur toute la tête et particulièrement sur les points malades :

Acide phénique.....	} aa	65
Huile de pétrole.....		
Teinture d'iode.....	} aa	110
Huile de ricin.....		
Huile pyrogénée de petit houx (oleum rusci des Allemands) q. s. pour faire 500 gr.		

Le 6^e jour on nettoie avec de l'huile, on tond la chevelure de nouveau et l'on savonne la tête; puis le 7^e jour on recommence l'application.

Au bout de 3 ou 4 semaines on ne trouve généralement plus de cheveux malades et l'on applique alors pendant quelques jours une pommade soufrée à 10 p. 100 et puis pendant deux semaines la lotion suivante :

Résorcine.....	} aa	16
Acide salicylique.....		
Alcool.....		120
Huile de ricin, q. s. pour faire 500 gr.		

L'auteur assure avoir régulièrement obtenu la guérison en 3 ou 4 semaines.

W. D.

Eczéma.

Eczémas chroniques des doigts et des mains (Zur Behandlung der chronisch-Fingern und Handekzeme), par EDLEFSEN. *Therap. Monatsh.*, 1898, p. 117.

Dans les eczémas professionnels, particulièrement chez les maçons, ainsi que dans les affections chroniques analogues qui surviennent chez les femmes en contact habituel avec l'eau, l'auteur recommande des badigeonnages une ou deux fois chaque jour avec la solution suivante :

Iode pur.....	0,1 décigr.
Iodure de potassium.....	0,25 centigr.
Glycérine.....	12 gr. 5

On recouvre ensuite avec de la toile ou avec des gants. Sous l'influence de ces badigeonnages le prurit cesse très rapidement. S'il survient des récidives, on a recours au même traitement.

A. DOYON.

Éléphantiasis.

Éléphantiasis de la vulve (Elephantiasis of the vulva with report of a case), par W. D. BULLARD. *Medical Record*, 28 janvier 1899, p. 128.

La malade est une cuisinière de 39 ans, qui est née et a toujours vécu à New-York; elle n'a aucun antécédent vénérien, elle est mariée, n'a jamais été enceinte et n'a jamais eu aucune lésion locale qui puisse justifier son affection actuelle. Le début remonte à deux ans et trois mois; à la suite d'un bain, elle a éprouvé une violente démangeaison à la face interne de la grande lèvre gauche et elle y constata une série de petites papules; la démangeaison disparut peu à peu, mais la grande lèvre commença à se tuméfier. Un an plus tard, la grande lèvre droite et, depuis quelques mois, le clitoris ont commencé à augmenter de volume. Il n'y a jamais eu de douleurs, jamais de poussées aiguës ou de fièvre, si ce n'est dans les derniers temps.

La tumeur est formée de trois lobes, dont le plus grand correspond à la grande lèvre gauche et le plus petit au clitoris, qui offre la forme et le volume d'une banane. Cette masse insérée à presque toute l'étendue du périnée pend entre les cuisses, jusqu'aux genoux. La surface est brune, dure, bosselée, coupée de fissures d'où suinte un ichor abondant et très fétide; la malade est anémiée et cachectisée par la douleur, le suintement et l'intoxication putride.

Pendant quelques jours, on fait la désinfection de la tumeur et on donne des toniques. Cependant, au moment de l'opération, la malade avait encore de la fièvre. L'opération est faite assez rapidement, sans hémorrhagie notable, grâce aux ligatures élastiques préalables; on la termine par l'autoplastie et la suture. Cependant la malade ne parvient pas à se remonter et meurt, douze heures après, dans le collapsus avec une respiration très lente et profonde.

W. D.

Favus.

Cas extraordinaire de favus (Ein Fall von ungewöhnlichem Favus), par PETRINI. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIV, p. 39.

Cas de favus atypique du cuir chevelu (favus sans favi). Jeune fille de 16 ans; début à l'âge de sept ans par quelques petites vésicules dans la région pariétale droite, avec prurit et grattage. Des croûtes se formèrent ensuite. Peu à peu la maladie s'étendit dans toutes les directions.

Sur la région pariétale droite, plaque rouge de 12 centimètres de longueur sur 7 de largeur sans la moindre croûte qui, quelques jours après, était recouverte de croûtes blanc jaunâtre; l'examen microscopique des croûtes et des cheveux fit reconnaître la présence de l'achorion.

On ne put, même après une observation de plusieurs mois, découvrir un seul godet. Ce cas est encore anormal et atypique en ce que les foyers squameux et croûteux étaient localisés à une plaque tout à fait circonscrite de la peau.

A. DOYON

Favus unguéal (A case of favus of the nails), par F. LEVISEUR. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, mai 1898, p. 224.

Une jeune fille de 17 ans, originaire de Russie, atteinte de favus du cuir chevelu depuis son enfance, a vu depuis un an plusieurs ongles devenir malades. Les ongles sont décollés presque jusqu'à la racine et soulevés comme par l'introduction d'une substance étrangère sous l'ongle.

L. remarque que le favus attaque l'ongle par le bord libre, tandis que la trichophytie l'attaque par la racine ou par le bord.

W. D.

Traitement du favus du cuir chevelu. (Ueber die Behandlung des Favus der behaarten Kopfhaut), par O. V. PETERSEN. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIV, p. 17.

L'auteur a depuis des années renoncé à l'épilation et les résultats de son traitement du favus ne sont pas inférieurs à ceux où on la pratique encore. Il a traité dans ces dix dernières années 14 cas de favus. Chez trois de ces malades seulement le traitement a été fait d'une manière véritablement régulière, et chez eux il n'y a pas eu de récurrence, les autres disparaissaient par moments dès qu'une amélioration s'était produite. Voici le traitement employé par l'auteur : onction sur le cuir chevelu avec la vaseline boriquée à 1 p. 100 et ensuite application d'un bonnet de toile cirée. Au bout de 24 heures on l'enlève, on détache les croûtes et on procède au lavage de la tête. Au bout de quelques jours de ce pansement le cuir chevelu est en général net. A ce moment, badigeonnages du cuir chevelu avec la teinture d'iode. S'il survient de l'irritation on cesse les badigeonnages pendant un ou deux jours. Dans les premiers jours Petersen fait encore appliquer deux fois par semaine la pommade boriquée; plus tard, après quelques semaines, il suffit de faire les badigeonnages iodés tous les trois ou quatre jours et de les continuer tant qu'il se produit de petites squames dans lesquelles on trouve encore des filaments d'achorion.

A. DOYON.

Furoncles.

Traitement des furoncles (Treatment of carbuncle), par JOHN PHILIPS. *Journal of the American medical Association*, 30 avril 1898, p. 1033.

L'auteur recommande comme traitement de l'anthrax la cautérisation profonde avec la potasse caustique. Si l'anthrax est ouvert, il enfonce un crayon de potasse caustique dans chaque ouverture, de façon à détruire tous les tissus en voie de nécrose. Si l'anthrax n'est pas ouvert, il applique au sommet un morceau de potasse. Il a observé toujours une sédation complète des douleurs. Le foyer inflammatoire est transformé en une perte de substance avec tendance à la guérison. W. D.

Traitement des furoncles (On the treatment of carbuncle), par TH. MAULEY. *Medical Record*, 18 juin 1898, p. 873.

M. recommande pour le traitement des furoncles et des anthrax les injections interstitielles d'acide phénique pur déliquescent ou tout au moins à 80 p. 100. Dans les furoncles commençants il suffit de 1 à 3 gouttes injectées au centre de la lésion. Dans les anthrax en pleine évolution il faut cribler la base de petites injections jusqu'à la dose totale de 15 à 30 gouttes; il est même quelquefois utile de les renouveler les jours suivants. L'injection cause sur le moment une sensation de brûlure vive, puis survient une sédation absolue de la douleur inflammatoire. On peut ainsi faire avorter les lésions qui ne font que commencer et arrêter net l'extension des anthrax les plus malins. Les douleurs et les accidents généraux sont amendés de suite. W. D.

Herpès.

Herpès phlycténoïde et nécrotique de la langue et de la cavité buccale (Erpete flittenoide e necrotico della lingua e cavità orale), par V. CHIRIVINO. *Giornale delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 491.

Femme de 23 ans, ayant eu déjà, il y a 4 ans, des accidents semblables et traitée récemment par les injections de sublimé pour des taches desquamantes de la langue. Tout à coup, gonflement considérable de la langue avec engorgement des ganglions sous-maxillaires, salivation abondante. Sur la langue, qui occupe presque toute la cavité buccale, et est de consistance molle élastique, presque pâteuse, avec empreinte des dents et coloration rouge vif, on voit, disséminées sur toute sa surface, de petites érosions superficielles, quelques-unes saignantes, beaucoup entourées d'un ourlet blanchâtre et des masses blanchâtres disposées en groupes; plaques nécrotiques à la face inférieure de la langue, vésicules d'herpès au voisinage des commissures labiales sur la peau. Après des menaces de suffocation, amélioration rapide; on put alors constater la présence d'érosions et de petites masses blanchâtres polycycliques sur le voile du palais et sur les piliers.

C. passe en revue les cas connus d'herpès de la langue et insiste sur la gravité de la maladie dans son observation. G. T.

Hydrothérapie.

De l'hydrothérapie dans les maladies de la peau (Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut), par ED. BONN. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, XLIII, p. 87.

Plusieurs observateurs, notamment Winternitz et ses élèves, ont démontré expérimentalement que des températures différentes, avec ou

sans friction, peuvent déterminer des modifications de la composition du sang et des sécrétions, et de l'innervation sensitive et vaso-motrice. L'eau a également une action de macération remarquable; à ce titre elle constitue, dans les processus kératosiques, un auxiliaire puissant. L'auteur énumère ensuite les classes de maladies de la peau dans lesquelles le traitement hydiatique donne de bons résultats. Traitement hydrothérapique des hyperhémies et des anémies de la peau; qu'il s'agisse d'anémie locale, d'hyperhémie active ou passive de la peau, toujours est-il qu'on peut modifier avantageusement par l'action physique de l'eau les inégalités de distribution du sang entre les organes internes et la surface cutanée, ou entre les différentes parties de la peau. Dans les hyperhémies passives de la peau, avec varices des membres inférieurs, particulièrement quand il n'y a pas de troubles de la circulation générale, des affusions froides (10° à 15° C.) le long de la jambe, surtout de la périphérie vers le tronc, en tenant les jambes pendantes ou debout, c'est-à-dire en marchant dans de l'eau courante, augmentent la tonicité des tissus péri-veineux et des veines elles-mêmes et amènent peu à peu leur rétrécissement, alors qu'elles avaient été distendues outre mesure. On peut ajouter encore l'efficacité des bains froids avec arrosoirs d'eau froide, des affusions, des bains de rivière (Seeligmüller a observé une amélioration notable de l'érythromélalgie sous l'influence de ce traitement), qu'il s'agisse dans cette névrose vaso-motrice et vraisemblablement trophique de paralysie des vaso-constricteurs ou d'irritation des vaso-dilatateurs, ou que la rougeur, la tuméfaction, la sensibilité soient occasionnées par des troubles de l'innervation périphérique, ou encore qu'elles aient pour point de départ un état normal des centres vaso-moteurs. Dans l'urticaire spécialement les lavages, les enveloppements froids, les douches froides sont très utiles comme traitement symptomatique des différentes éruptions de pomphi. Les pratiques hydrothérapiques sont également efficaces dans les anomalies de sécrétion de la peau, dans les différentes variétés d'hyperhidrose; elles jouent un rôle qui n'a pas été suffisamment apprécié dans le traitement des anomalies de sécrétion des glandes sébacées. Bonn s'occupe ensuite du traitement hydrothérapique des états inflammatoires de la peau, des maladies infectieuses chroniques de la peau, et en particulier de la syphilis.

La plupart des hydrologues font remarquer qu'avec un traitement hydiatique approprié et simultané la médication spécifique agit plus rapidement et avec des doses moins élevées. L'hydrothérapie constitue un traitement préparatoire et reconstituant pour les malades qui, par suite d'anémie grave ou atteints d'affections des voies respiratoires, de cachexies ou d'autres idiosyncrasies, sont réfractaires aux spécifiques. Elle favorise l'élimination du mercure par les différents émonctoires de l'organisme, peau, reins, poumons, etc., dans les cas d'hydrargyrose et d'iodisme. Enfin l'hydrothérapie a été recommandée comme méthode complémentaire reconstituante aux différentes périodes de la syphilis latente. L'auteur en terminant parle du rôle de l'hydrothérapie dans les autres maladies infectieuses chroniques de la peau et dans les troubles de la sensibilité cutanée.

A. DOYON.

Kératome.

Kératome plantaire (Sopra un caso di cheratome plantare), par E. TRAMONTANI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 498.

Femme de 58 ans, ayant toujours eu de l'hyperhidrose plantaire; depuis 2 ans, rougeur, gonflement et prurit de la plante des pieds et de leur face dorsale, puis hyperkératose plantaire; celle-ci forme à la partie postérieure des deux pieds un revêtement dur, blanc grisâtre, avec des fentes irrégulièrement entrecroisées et rappelant l'aspect de l'écorce de chêne; les fentes forment des rhagades de profondeurs variées à la partie postérieure du calcanéum. L'épaisseur des plaques kératosiques varie de 1 à 6 ou 7 millimètres. De petites plaques cornées se voient au niveau des articulations métatarso-phalangiennes et à la pulpe des orteils. Guérison complète par les bains chauds boriqués prolongés et l'application d'onguent de Hebra. A l'examen microscopique, on trouve des foyers d'infiltration cellulaire dans l'épaisseur de la couche cornée, des leucocytes déformés dans les espaces interstitiels, des infiltrations périvasculaires et périglandulaires dans les diverses couches du derme; ces lésions montrent que le processus kératosique est d'origine inflammatoire, ce que confirment les anamnestiques.

G. T.

Porokératose (Porokeratosis with report of a case), par G. W. WENDE. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, novembre 1898, p. 505.

La malade est une femme de 45 ans, forte et robuste, brune, sans antécédents pathologiques personnels; aucun de ses ascendants n'a présenté de lésions analogues.

La maladie a débuté depuis cinq ans, par une petite tache écailleuse du volume d'un pois, ressemblant à une verrue, gênante parce qu'elle s'excoriait sous l'influence des traumatismes accidentels et siégeant sur la main gauche. Au bout d'un certain temps, la lésion a commencé à grandir, en formant un cercle. Depuis deux ans, la main et l'avant-bras gauches sont le siège de poussées d'œdème aigu circonscrit.

La plaque de porokératose siégeait sur le dos de la main gauche.

Au niveau des deux premiers métacarpiens, elle mesure 6 centimètres sur 3 1/2; sa forme est irrégulière avec un contour finement sinueux. Ce contour est dessiné par une bordure saillante, haute et large de deux millimètres, dure et cornée, coupée en deux suivant sa longueur par une entaille médiane. En dehors de cette bordure la peau est normale. En dedans de la bordure, la peau est blanche, lisse, un peu déprimée, dépourvue de follicules pileux. En revanche, on y trouve un grand nombre de petits bouchons cornés, enfoncés dans la peau. Dans toute cette aire, les sécrétions sébacée et sudorale sont supprimées et cette dernière ne se manifeste même pas sous l'influence de la pilocarpine.

Sur les préparations microscopiques, on trouve une hyperkératose très appréciable dans l'aire de la plaque. Au niveau de la bordure saillante, la couche épineuse est épaissie et envoie des prolongements dans le derme, surtout dans la partie correspondante au sillon marginal; la couche granuleuse est épaissie; le stratum lucidum est peu visible; la couche cornée est extrêmement augmentée. Les vaisseaux de la couche papillaire sont dilatés. Les glandes sudoripares sont atrophiées et leurs conduits,

manquent en grand nombre dans l'aire de la plaque ; au niveau de la bordure leurs orifices sont dilatés et remplis par un bouchon corné. Les glandes sébacées sont un peu atrophiées.

W. a fait une trentaine d'expériences d'inoculation, sur quatre individus, en faisant des scarifications et en y appliquant des débris cornés provenant de la plaque. Une seule expérience paraît avoir réussi sur la main droite de la malade elle-même. Il se produisit une petite saillie cornée prurigineuse qui fut excisée et présenta au microscope les mêmes lésions que la plaque originaire. La recherche de parasites est restée infructueuse.

W. D.

Lèpre.

Traitement de la lèpre par le sérum de Carrasquilla (Contributo clinico alla cura della lepra col siero Carrasquilla), par C. CALDERONE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 377.

C. a employé chez deux malades le sérum de Carrasquilla ; il a observé dans un cas la disparition par fonte purulente de quelques tubercules lépreux et de quelques infiltrations plates du visage, et dans l'autre la disparition de quelques nodules du visage par résorption. Quoique ces résultats soient très éloignés de ceux annoncés par l'auteur de la méthode, C. pense que celle-ci doit être essayée un grand nombre de fois avant qu'on ne porte sur elle un jugement définitif.

G. T.

Lupus érythémateux.

Usage interne de l'iodoforme dans le lupus érythémateux (Iodoform as an internal remedy in lupus erythematosus), par H. WHITEHOUSE. *New-York medical Journal*, 4 février 1899, p. 159.

Une femme de 52 ans, s'est toujours bien portée ; il n'y a d'antécédents de tuberculose, ni chez elle, ni chez ses parents qui sont nonagénaires, ni chez personne de sa famille. Le lupus érythémateux a débuté depuis trois ans, par des plaques sur le cuir chevelu. Peu de temps après, à l'occasion d'un rhume, elle se mit sur la poitrine et le dos des emplâtres de capsicum. Aux endroits irrités par l'emplâtre, apparurent au bout de peu de temps des placards de lupus érythémateux qui ont disparu, puis reparu depuis deux ans et qui persistent actuellement. A peu près en même temps, c'est-à-dire depuis deux ans, sont apparus d'autres placards sur le dos du nez, les oreilles, les parties latérales du cou, les mains, les avant-bras et le genou gauche. Un grand nombre de ces lésions ont guéri, laissant des macules atrophiques, d'autres se sont montrées, notamment à la face.

Les lésions sont le siège d'un prurit très vif.

Un traitement local, par une lotion au sulfate de zinc, sulfure de potassium et soufre précipité, fut appliqué pendant deux mois et demi sans résultat. A partir du milieu de mai, la malade prit à chaque repas une pilule de 0,06 gr. d'iodoforme. Au bout de quelques jours les lésions sont devenues plus enflammées et plus douloureuses, cette aggravation s'est accusée pendant trois semaines, puis, pendant la quatrième semaine, les phénomènes inflammatoires se sont calmés et, très rapidement, l'éruption s'est améliorée ; elle était complètement guérie au bout de trois mois. W. D.

Médicamenteuse (Éruption).

Deux cas d'éruption chloralique, par LABADIE-LAGRAVE et DEGUY.
Revue générale de clinique et de thérapeutique, 5 novembre 1898, p. 705.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 17 ans, convalescente de scarlatine, chez laquelle on fit par erreur des onctions avec de la vaseline chloralée au 10; il se produisit une fièvre intense et une éruption de taches rouges, ortiées, occupant la partie supérieure et antérieure du thorax, les fesses et la région dorso-lombaire; ces taches laissèrent après elles des macules purpuriques qui disparurent au bout de quelques jours en laissant à leur suite une légère desquamation, sans autre symptôme d'intoxication chloralique.

Dans le deuxième cas, femme de 24 ans, atteinte de rougeole, chez laquelle on fait des onctions avec la même pommade que pour la première, et qui est prise d'une éruption absolument identique. G. T.

Mycosis fungoïde.

Cas de mycosis fungoïde (Mycosis fungoides with reference to acase), par J. V. SHOEMAKER. *Journal of the American medical Association*, 16 avril 1898, p. 892.

Observation détaillée d'un cas banal de mycosis fungoïde chez une femme de 60 ans, terminé par la mort. W. D.

Myxœdème.

Myxœdème et maladies connexes (Myxœdema and allied disorders), par W. ORD. *British medical Journal*, 12 novembre 1898, p. 1473.

Les symptômes du myxœdème peuvent être classés en deux groupes d'après leur importance. Le premier groupe comprend le changement dans l'aspect général des malades tenant à l'infiltration de la peau; les altérations dans les annexes de la peau: poils, glandes, etc.; les altérations analogues des muqueuses avec troubles trophiques des dents et des glandes; le ralentissement des réactions nerveuses motrices et psychiques, avec les troubles de la parole. Le deuxième groupe de symptômes comprend l'abaissement de la température, la tendance aux hémorrhagies, etc.

Le phénomène le plus frappant est l'augmentation de volume du corps, due à l'infiltration toute spéciale de la peau; elle offre une rudesse et une sécheresse telles qu'il semble qu'on pourrait y frotter une allumette avec succès. Dans les fosses sus-claviculaires se trouvent des tuméfactions molles (pseudo-lipomes); les doigts gonflés ne laissent entre eux aucun intervalle et les mains ont la forme d'une bêche (Gull). Les cheveux deviennent rudes, cassants et tombent; les sourcils, les cils, les ongles subissent des altérations analogues.

Toutes les muqueuses présentent des modifications analogues à celles de la peau; la muqueuse des joues vient faire saillie entre les arcades dentaires; la langue est grande et anémique; le voile du palais et la luette sont tuméfiés, durs, peu mobiles et paraissent demi-transparents; les dents sont fragiles et se brisent ou tombent, les gencives sont gonflées, écartées des dents et saignent facilement. Ces troubles trophiques des

annexes de la peau sont probablement dus aux lésions du tissu conjonctif. Le gonflement de la peau est surtout marqué à la face et dans les régions sus-claviculaires.

La sensibilité tactile est diminuée, parfois même supprimée par places. L'odorat et le goût sont altérés, il y a des sensations subjectives de mauvaise odeur ou d'un goût sucré. La faiblesse musculaire rend tout effort musculaire pénible ou impossible. Les malades ont de la peine à se tenir debout et leur démarche devient roide et même solennelle.

La parole offre des modifications presque caractéristiques, elle est pénible, monotone avec un timbre nasal. Ord rapporte qu'il a pu, une fois, diagnostiquer le myxœdème chez une femme qu'il n'avait pas vue, en l'entendant parler à travers la porte. Outre leur élocution spéciale, les myxœdémateux ont une prolixité extrême et parlent indéfiniment avec le même ton monotone; les mêmes particularités se retrouvent dans l'écriture. Sous l'influence du traitement, le timbre de la voix redevient normal, mais la loquacité persiste.

Les fonctions intellectuelles sont toujours profondément altérées, les malades sont apathiques, mais on remarque chez eux une tendance à la suspicion générale, ils n'ont pas d'idées de persécution, mais se figurent que tous ceux qui les entourent ont une mauvaise opinion d'eux et ils s'en plaignent constamment et longuement.

La température du corps est abaissée et la maladie paraît aggravée par le froid.

Les hémorrhagies sont fréquentes, surtout par les fosses nasales et les gencives; il n'est pas rare de voir des hémorrhagies cérébrales ou méningées.

Les altérations anatomiques du corps thyroïde sont variables, tantôt de l'atrophie, tantôt une hypertrophie apparente avec dégénérescence réelle. Il n'est pas rare que le myxœdème succède au goitre exophtalmique.

Les modifications de l'urine sont fort importantes, la quantité d'urine est diminuée et l'urée est réduite quelquefois à la moitié du taux normal.

W. D.

Néoplasmes cutanés divers.

Myôme de la peau (A case of myoma of the skin), par MAX HERZOG. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, novembre 1898, p. 527.

Homme de 45 à 50 ans, portant sur la joue une petite tumeur large de 1 centimètre, non ulcérée, faisant corps avec la peau, douloureuse, à développement très lent. La tumeur est formée de faisceaux de fibres musculaires lisses, entremêlés; sur plusieurs préparations on peut constater que le néoplasme provient des muscles pilaires; l'épiderme qui surmonte la tumeur est tendre, lisse, aminci. Le néoplasme contient, outre les fibres musculaires, des lymphocytes mononucléaires, des mastzellen et beaucoup de fibres élastiques.

W. D.

Kystes folliculaires multiples (Contributo allo studio delle cisti cutanee multiple folliculari), par P. BOSELLINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 484.

Examen microscopique des kystes provenant d'un malade porteur de très nombreux kystes folliculaires ovoïdes ou arrondis atteignant au

maximum le volume d'une noisette. Ces kystes sont remplis d'une substance jaunâtre, de consistance semblable à celle de la vaseline liquide, dont le contenu est constitué surtout par de l'oléine et de la palmitine, sans trace d'albumine. La paroi de ces kystes est formée d'une couche conjonctive élastique recouverte d'une ou deux couches de cellules aplaties. Ils se sont développés aux dépens des follicules pilo-sébacés dont l'orifice un peu dilaté est occupé par des amas de lamelles cornées agglomérées par de la graisse concrétée ; au début, on voit encore le poil qui disparaît dans les kystes bien développés ; la glande sébacée, intacte au début, se dissocie au fur et à mesure que le follicule se dilate, mais les acini conservent leur structure et leurs fonctions.

G. T.

Paramyoclonus multiplex dans un cas de maladie de Recklinghausen, par E. FEINDEL et P. FROUSSARD. *Revue neurologique*, 30 janvier 1899, p. 46.

Homme de 32 ans, dégénéré, fils d'alcoolique, ayant une série de stigmates de dégénérescence : prognathisme de la mâchoire inférieure, palais ogival, défaut de mémoire, ne sait ni lire ni écrire, inappétence sexuelle, vertiges (quelquefois avec chute), troubles de la parole. Est en outre, atteint de paramyoclonus multiplex, qui peut également être considéré comme un indice de dégénérescence. Comme signes de maladie de Recklinghausen : tumeurs cutanées peu nombreuses, du volume d'une lentille à celui d'une noisette, sur le tronc, les membres et la face ; pas de tumeurs nerveuses ; pigmentation punctiforme assez discrète ; sur le tronc et les membres plusieurs larges taches pigmentaires. A en outre un facies d'acromégalique.

G. T.

Parasites animaux.

Vésication généralisée du cuir chevelu et de la face, suivie de folliculites et de pyodermites, provoquée très probablement par les chenilles processionnaires, par L. RAYNAUD. *Revue médicale de l'Afrique du Nord*, 1^{er} décembre 1898, p. 621.

Homme de 55 ans ; le lendemain d'un jour de grande chaleur, où il s'était étendu dans un bois pour se reposer ; il constata, en se réveillant, que sa tête était toute rouge et enflée ; la face et le cuir chevelu, dont le sommet était chauve, étaient recouverts de très petits boutons blancs, avec douleur très vive.

Au bout de deux mois, sous l'influence du grattage, l'affection avait changé d'aspect et se traduisait par des folliculites et des lésions pyodermiques avec croûtes jaunâtres comme dans l'impétigo ; les lésions, qui ont persisté plus longtemps à la face qu'au cuir chevelu, guérirent rapidement par les applications de compresses humides.

Ces lésions ont probablement été provoquées par les chenilles processionnaires.

G. T.

Cure rapide de la gale (Contributo clinico alla cura rapida dell'acariasi), par F. SIMONELLI. *Riforma medica*, février 1898.

S., trouvant trop lentes les méthodes de traitement de la gale usitées en Italie et en Allemagne, a eu recours à une méthode imitée de celle de Hardy et consistant en frictions au savon mou de potasse dans un

bain, puis application de pommade d'Helmerich additionnée de 1/5 d'essence de térébenthine; le malade, recouvert d'un peignoir de laine, conserve cette pommade pendant 5 à 6 heures, puis reste 30 minutes dans un bain additionné de 300 grammes de carbonate de potasse, à la sortie duquel il est complètement saupoudré d'oxyde de zinc et d'amidon.

Ce traitement a été employé sans aucun inconvénient chez 116 malades et n'a donné que 2,67 p. 100 de récidives, tandis que sur 284 malades traités par la méthode de Kaposi laquelle demande en moyenne 5 jours de traitement, la proportion des récidives a été de 11,36 0/0. G. T.

Filaire de Médine (A note on *Dracunculus Medinensis*), par V. HARRINGTON. *British medical Journal*, 21 janvier 1899, p. 146.

L'auteur reprend et soutient la doctrine de l'infection dracunculaire par la peau. Il ne peut pas admettre que la filaire, si elle pénètre par le tube digestif, puisse trouver le moyen de sortir de la cavité abdominale, et ne s'explique pas que ce soit presque toujours vers le membre inférieur qu'elle se dirige. Il rapporte plusieurs faits de filaire se montrant dans la région particulièrement exposée au contact de l'eau, notamment chez deux porteurs d'eau : l'un d'eux avait 17 filaires à la fois, dont 14 dans le dos, c'est-à-dire dans la partie du corps qui se trouvait habituellement en contact avec l'outre. Cette localisation de la filaire, chez les porteurs d'eau, avait été autrefois signalée, puis contestée.

Harrington admet que les embryons de filaire font leur évolution sexuelle à l'état de liberté dans l'eau stagnante et que les femelles seules pénètrent dans la peau directement. Il ne fait aucune mention des travaux de Fed-schenko et de Manson, sur l'évolution de l'embryon de filaire dans le corps des cyclopes. W. D.

Pelade.

Pelade et contagion, par H. MALHERBE. *Gazette médicale de Nantes*, 8 octobre 1898, p. 379.

M. rapporte cinq observations de pelade chez des sujets dans l'entourage immédiat desquels existaient déjà des cas de pelade, et qui s'étaient servis de peignes et brosses employés par le premier sujet atteint. G. T.

Pellagre.

Pellagre en Egypte (Pellagra in Egypte), par P. M. SANDWICH. *British Journal of dermatology*, novembre 1898, p. 395.

L'auteur définit la pellagre, une maladie chronique endémique et non contagieuse, affectant les centres nerveux cérébro-spinaux chez les paysans misérables et causée par une intoxication par le maïs altéré. Elle procède par exacerbations survenant au printemps, se termine quelquefois par la démence et produit toujours des altérations du tube digestif et des parties de la peau qui sont exposées au soleil.

S. a découvert la pellagre en Égypte, en 1893, et depuis lors il en a vu plus de 500 cas, la plupart dans ses salles d'hôpital. Il s'étonne qu'on n'ait pas encore signalé la pellagre en Indoustan où elle doit certainement exister, vu qu'une grande partie de la population vit de maïs.

La pellagre est très rare au-dessous de 10 ans et l'auteur n'en a jamais vu au-dessous de 5, ce qui tient à ce que les femmes ne donnent pas de polenta

aux petits enfants, comme cela se fait en Italie. Il n'y a pas de transmission héréditaire. Sur 437 malades hospitalisés, il y avait 344 hommes âgés de 20 à 40 ans. Le petit nombre de femmes est dû à ce que les femmes de la campagne ne vont guère à l'hôpital du Caire. Presque tous les malades sont des paysans misérables.

On ne peut pas attribuer la pellagre à l'inanition, car le bon maïs est un très bon aliment et une des céréales les plus riches en albuminoïdes. La misère, l'impaludisme, l'alcoolisme, les maladies parasitaires de l'intestin, sont les causes adjuvantes, mais ne produisent pas la pellagre. La maladie du maïs qui produit la pellagre est due à ce que le grain est mal séché après la récolte.

L'éruption est généralement le premier symptôme qu'on remarque, mais on peut généralement trouver quelques phénomènes prodromiques, troubles digestifs, fatigue, mal de tête, palpitations; mais il est difficile dans ces phénomènes de faire la part de l'ankylostomiase.

L'érythème débute sur le dos des mains et s'étend sur toutes les parties exposées au soleil, prédominant sur les surfaces d'extension et surtout les saillies osseuses, respectant les plis de flexion, les paumes et les plantes. Chaque année les lésions cutanées s'aggravent, la peau devient atrophiée, flétrie, rugueuse, squameuse et noirâtre. S. n'a jamais observé les ulcères, les bulles ou les pustules signalées par quelques auteurs. — Les cas d'éruption pellagreuse les plus accusés se présentent en mars, avril, mai, septembre et octobre.

Presque tous les malades ont la langue dépouillée; la diarrhée est très fréquente mais ne devient excessive que dans les périodes tardives.

Parmi les symptômes cérébro-spinaux, il faut surtout mentionner l'insomnie, la douleur à la pression tout le long du dos, des deux côtés de l'épine dorsale; l'irrégularité et finalement l'abolition du réflexe rotulien. Les malades sont, dès le début, déprimés et irritables, puis ils deviennent tristes, mélancoliques et finalement aboutissent à la démence. Ils ont surtout des idées de persécution et la crainte du poison. Le suicide par noyade est probablement dû à un désir morbide de calmer les douleurs brûlantes de la face et des mains.

Le traitement consiste en repos, une bonne alimentation et des toniques, notamment l'arsenic. En Égypte, il est toujours nécessaire de donner un vermifuge comme le thymol, pour se débarrasser des ankylostomes et autres vers intestinaux qui sont excessivement fréquents et entretiennent l'anémie.

W. D.

Pemphigus.

Recherches chimiques et expérimentales sur le pemphigus végétant. (Ricerche chimiche e sperimentali in un caso di pemfigo vegetante), par G. PINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 354.

Dans un cas de pemphigus végétant dont il rapportera ultérieurement l'observation, P. a constaté dans l'urine une diminution notable de l'acide urique (0,40 centigrammes par jour) et la présence de substances toxiques qui provoquent chez les animaux l'hypothermie, l'anémie, le myositis et quelquefois la mort.

G. T.

Lésions de la moelle dans un cas de pemphigus vulgaire (Il midollo spinale in un caso di pemfigo semplice, contributo anatomoistologico), par M. BROCCIERI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 371.

A l'autopsie d'une femme atteinte de pemphigus vulgaire, B. a trouvé des lésions médullaires. Il reconnaît qu'une partie d'entre elles peuvent être dues à un commencement de putréfaction et aux infections ayant pour point de départ des lésions cutanées, mais il pense que certaines d'entre elles sont en relation avec le pemphigus lui-même : les lésions de la substance grise, consistant en fragmentation des cellules, épanchement de globules rouges, surtout prononcé dans la partie supérieure de la moelle dorsale, infiltration de leucocytes prédominant dans la commissure antérieure et la partie voisine du canal central sont, pour lui, en partie liées au pemphigus et ont été observées dans d'autres cas de cette affection.

G. T.

Psorospermose.

Étude clinique et anatomo-pathologique sur la psorospermose cutanée végétante (Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della psorospermosi cutanea vegetante), par G. MELLE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 365.

Femme de 29 ans, enceinte pour la quatrième fois, présentant depuis un mois des lésions cutanées qui ont débuté sur les mamelons par de petites vésicules accompagnées d'une sensation intense de brûlure; depuis, les lésions se sont développées aux jambes, aux aisselles, aux aines, au cou, débutant toujours par des vésicules qui ne tardent pas à se rompre. Au cou, dans une grande partie de son étendue, surface rouge, infiltrée, donnant lieu à une exsudation d'odeur nauséabonde, avec saillies papuloides ou papillomateuses, et, par places, très petites vésicules réunies en groupes analogues à ceux du zona. Dans les creux axillaires, végétations papillomateuses de couleur rouge vif, réunies en séries linéaires et séparées par des sillons profonds. Sur les mamelons et les aréoles, croûtes noirâtres très adhérentes, sèches, laissant après leur ablation une surface érosive, peu suintante. Croûtes semblables au niveau de l'ombilic. Dans toute l'étendue des plis inguino-cruraux et au-dessus et au-dessous d'eux, végétations papillomateuses avec exsudation fétide, formant des placards limités par des bords saillants. Croûtes noirâtres à la face interne des cuisses.

M. a pu suivre l'évolution des lésions et constater qu'elles débutent par des vésicules blanchâtres de la dimension d'une tête d'épingle ou d'un grain de raisin, isolées ou réunies par groupes de 5, 6 et plus, qui se rompent bientôt, tandis que de nouvelles vésicules se produisent au voisinage; puis les vésicules se rompent, mettant à nu le derme, dont les papilles deviennent végétantes et dépassent le niveau de la peau.

Quelques jours après une fausse couche de 5 mois, les lésions commencèrent à s'effacer et à se dessécher et, au bout de quelques mois, il n'en restait plus de traces.

L'examen histologique montra la présence de psorospermines semblables à celles décrites par Darier.

G. T.

Pyodermites.

Impétigo, ses formes cliniques, ecthyma et pemphigus contagieux (Impetigo, its clinical forms and present status, including ecthyma and the so-called pemphigus contagiosus), par W. T. CORLETT. *Cleveland Journal of medicine*, décembre 1898, p. 513, avec 2 planches.

Corlett passe en revue les diverses affections qualifiées de l'impétigo, en y ajoutant quelques recherches personnelles.

L'impétigo herpétiforme est une maladie à part, bien distincte d'impétigo vrai, dont l'étiologie et la nature sont inconnues et qui se rapproche plutôt de la dermatite herpétiforme, d'une part, et du pemphigus végétant de l'autre.

L'impetigo simplex de Duhring est une éruption pustuleuse aiguë non contagieuse, affectant surtout les jambes, accessoirement la face et les mains chez les enfants; elle est constituée par des pustules hémisphériques saillantes, tendues, siégeant sur une base rouge, se desséchant sans se rompre. Il est curieux de remarquer que ce diagnostic se faisait souvent en Amérique autrefois, et qu'on le fait beaucoup plus rarement actuellement, tandis que le diagnostic d'impetigo contagiosa se fait beaucoup plus souvent. La statistique de l'Association dermatologique américaine fournit, en 1878, 329 cas d'impetigo simplex (1,95 p. 100), contre 36 cas d'impetigo contagiosa; en 1896, impetigo simplex 21 (0,19 p. 100), impetigo contagiosa 373. C. a observé deux cas, correspondant à la description de Duhring.

L'impetigo contagiosa est considéré par C., comme identique à l'impetigo vulgaire des auteurs français; il croit qu'il est dû à des staphylocoques.

L'impetigo figurata correspond à l'impetigo multilocularis de Unna; il est assez fréquent à la face chez l'adulte; il est constitué par des bulles à contenu séro-purulent, à marche excentrique avec dessèchement central. C. y a également trouvé des staphylocoques blancs et jaunes. Il présente une grande analogie d'aspect avec la trichophytie cutanée.

Impetigo contagiosa bullosa. Cette variété est endémique dans les pays chauds et elle a beaucoup sévi sur les troupes campées en Floride; c'est surtout sur des troupes revenant des camps de la Floride, que C. a eu l'occasion de l'observer et il en rapporte plusieurs observations.

L'éruption débute par un point rouge lenticulaire, sur lequel se développe, en douze heures, une bulle à contenu clair et à paroi très mince; elles s'étendent graduellement et peuvent atteindre de 1 à 5 centimètres de diamètre, mais très souvent, avant d'en arriver là, elle est rompue par le frottement des vêtements et laisse une érosion très superficielle couverte par la membrane affaissée, plissée et retenant un peu de sérosité dans ses plis. Quand les bulles ne sont pas rompues, vers le troisième jour, on voit le liquide devenir purulent; il y apparaît des flocons jaunâtres, qui se réunissent à la partie la plus déclive, formant une couche inférieure de pus jaune, tandis que la partie supérieure du liquide reste claire; la couche de pus augmente peu à peu, mais rarement elle aboutit à remplir la bulle.

Les bulles sont au début tendues et saillantes, mais plus tard elles deviennent plus flasques à leur partie supérieure, tandis que la partie

déclive est encore gonflée par le liquide. Elles prennent ainsi une forme de besace ; elles s'élèvent généralement d'emblée sur la peau saine sans auréole inflammatoire ; elles sont arrondies, ovales ou en fer à cheval et ont une tendance marquée à s'étendre excentriquement ; dans quelques cas le centre peut guérir et la lésion prend une forme annulaire.

Quand on déchire la bulle, on trouve, au-dessous, une surface rouge, lisse, humide, luisante qui se couvre d'une croûte mince puis de squames feuilletées et guérit sans cicatrice, ou tout au plus en laissant une légère pigmentation passagère.

L'éruption débute par une lésion unique, généralement à la face ou aux mains, puis, au bout d'un ou deux jours, les lésions se multiplient et peuvent se généraliser à tout le corps. C. donne une photographie prise en Floride, où l'on voit tout le corps couvert d'innombrables bulles sail-lantes. Il n'y a pas de fièvre et très peu de démangeaison.

La maladie peut durer assez longtemps, mais quand les malades reviennent dans un climat plus frais, elle guérit assez promptement et sur son déclin elle revêt souvent l'aspect de l'impétigo contagieux vulgaire.

L'examen bactériologique y a fait trouver le staphylocoque doré.

L'impétigo bulleux s'observe surtout dans les climats chauds ; il a été notamment signalé par Manson, dans le sud de la Chine. Il a sévi sous forme épidémique sur les troupes campées en Floride, et surtout sur les soldats qui venaient des États du Nord, tandis que ceux du Sud ou les habitants du pays n'en ont présenté que des formes atténuées. La maladie est favorisée par la chaleur et les sueurs abondantes, par des conditions d'hygiène générale défectueuses, par le manque de soins de propreté. La contagiosité est démontrée par le mode de début et d'extension. Windisch a observé en Floride un cas où une bulle de la face s'étant rompue, son contenu s'écoula tout le long de la joue ; le lendemain on voyait en ce point une traînée de points rouges et, deux jours après, une série de bulles typiques.

Le traitement recommandé par C. consiste en soins de propreté générale et en lotions au sublimé des surfaces excoriées.

L'ecthyma est dû à l'inoculation par le grattage de microbes pyogènes. C. a vu que les soldats atteints d'impétigo bulleux contagieux avaient souvent en même temps, de l'ecthyma des jambes. W. D.

Principes du traitement des infections folliculaires de la peau (A principle of treatment of infected follicles of the skin), par A. Eddowes. *British medical Journal*, 21 janvier 1899, p. 147.

Dans les maladies folliculaires, telles que le sycosis et l'acné, qui aboutissent à former une vésicule ou une pustule à l'orifice pileaire, cette vésicule est précédée d'une distension de tout le follicule par le liquide exsudé. Cette distension, caractérisée par la saillie de l'orifice, cesse quand la vésicule se forme. C'est au moment où le follicule est ainsi distendu qu'on a chance d'y faire diffuser profondément un antiseptique. De ce point de départ — un peu bien théorique — l'auteur conclut au traitement de ces affections par des applications légèrement irritantes, sous forme d'onguents ou de cataplasmes médicamenteux, puis d'appliquer l'acide phénique en solution alcoolique saturée. W. D.

Sclérodermie.

Sclérodermie généralisée, par LEREDDE et THOMAS. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, septembre 1898, p. 665.

L. et T. rapportent en détail l'observation d'un homme de 40 ans, atteint de sclérodermie généralisée symétrique avec érosions et ulcérations multiples et très douloureuses. A l'autopsie, les lésions scléreuses de la peau contiennent très peu de vaisseaux, surtout dans les couches les plus superficielles. La plupart des vaisseaux du derme profond sont altérés comme ceux du tissu adipeux sous-dermique, mais la forme des lésions est des plus variables : la lésion principale des artères porte sur leur tunique interne qui est très épaissie ; les artérioles de plus petit calibre sont presque oblitérées par une végétation conjonctive de l'endartère et quelques-unes sont le centre d'amas cellulaires, mais en général ceux-ci ont pour centre les veines sous-dermiques ; les grosses veines ont leur paroi considérablement épaissie. La muqueuse de la langue est également sclérosée quoiqu'elle n'ait pas présenté de lésions appréciables cliniquement. Les grosses artères sont le siège d'altérations un peu variables d'aspect, mais qui sont celles de l'artérite chronique en général, avec formation de plaques athéromateuses qui occupent d'abord la portion externe de l'endartère et plus tard la couche la plus interne de la tunique moyenne ; les petites artérioles sont entourées de nodules inflammatoires offrant les mêmes caractères que les nodules existant dans la peau. Dans les différents organes, lésions scléreuses. Aucune lésion appréciable des centres nerveux, des nerfs périphériques, ni des ganglions du grand sympathique, pas même la sclérose constatée dans les autres organes.

L. et T. combattent la théorie nerveuse de la sclérodermie, en se basant sur ce que l'origine nerveuse des lésions vasculaires n'est pas démontrée et sur ce que, d'autre part, il est bien probable que les lésions de la peau ne dépendent même pas de celles des vaisseaux. Contre l'argument tiré de la distribution de la sclérodermie suivant des territoires nerveux ou métamériques, ils font observer que les lésions de la sclérodermie sont souvent plus étendues en réalité qu'en apparence, et que le système nerveux peut n'avoir d'autre rôle que de localiser les lésions. La coexistence de maladies nerveuses n'est ni fréquente, ni démonstrative. Les preuves anatomiques pourraient seules entraîner la conviction ; or les lésions nerveuses font très souvent défaut ou n'ont aucune signification.

L'artérite sclérodermique, qui se traduit par des lésions identiques à celles de l'artérite chronique, n'est pas l'origine des lésions cutanées, car l'intensité de celles-ci n'est pas proportionnelle à celle des lésions de la peau. La dermatosclérose est une lésion spécifique, effet direct de la cause de la maladie, laquelle est vraisemblablement d'origine toxique.

G. T.

Tatouages.

Essai de détatouage par un procédé nouveau, par F. BRUNET. *Archives de médecine navale*, octobre 1898.

B..., trouvant insuffisants les procédés proposés jusqu'ici pour le détatouage, a cherché un procédé qui répondît aux indications suivantes : éviter ou diminuer la douleur ; limiter son action à l'endroit à détatouer ; mettre le derme à nu pour agir directement sur lui en enlevant l'épi-

derme ; détruire le derme par un caustique au moins aseptique, de préférence antiseptique, facile à manier, à doser et à obtenir d'une valeur constante ; produire une eschare assez large pour ne pas avoir en cicatrice les traits même éloignés du dessin primitif ; maintenir la plaie propre après production de l'eschare et la cicatriser le plus rapidement possible par un pansement non douloureux, inodore et commode ; empêcher la cicatrice de devenir dure, scléreuse, adhérente ou douloureuse.

Son procédé consiste, après asepsie de la surface, injection intradermique de cocaïne, dans l'application d'ammoniaque liquide marquant 35° à l'aréomètre ; l'ammoniaque est appliqué au moyen de tampons d'ouate laissés en place pendant un quart d'heure environ, après avoir eu soin d'appliquer un morceau de diachylon percé d'une fenêtre correspondant au tatouage. On perce les phlyctènes produites par l'ammoniaque et on détache l'épiderme ; puis, sur les lignes du tatouage, on passe un crayon de nitrate d'argent et on frotte vigoureusement à plusieurs reprises pour faire pénétrer le caustique. Pendant trois jours, on applique un pansement humide à l'eau salée ou à l'eau boriquée, puis on enlève les eschares et on panse avec une poudre antiseptique, telle que la poudre de Lucas-Championnière. Pour conserver la souplesse de la peau, on fait chaque jour un massage.

G. T.

Tuberculose cutanée.

Tuberculose de la peau (Beitrag zur Hauttuberculose), par O. ROSENTHAL. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIV, p. 151.

R. rapporte l'observation d'un homme de 22 ans, atteint de différentes formes de tuberculose cutanée : à la face, la forme tubéreuse du lupus vulgaire ; sur l'avant-bras, un scrofuloderme proprement dit, ayant le caractère de la gomme ulcérée ainsi que des ulcérations sinueuses, les unes visqueuses, les autres recouvertes de granulations fongueuses, ulcérations qui, jusqu'à présent, sont encore regardées comme de la tuberculose proprement dite de la peau ; enfin sur la face dorsale de la main, une lésion qui présente tous les caractères typiques de la tuberculose verruqueuse de la peau : il n'y a pas trace de cicatrices dans le voisinage du foyer morbide, ni de tubercules lupiques typiques. La présence simultanée de ces différentes formes fournit déjà une petite preuve que tous ces processus sont rapprochés les uns des autres.

Au dire du malade, le visage a été tout d'abord affecté ; il s'agit là évidemment d'un lupus d'inoculation d'origine inconnue. Cet homme est très bien portant ; aussi est-on autorisé à croire qu'il s'est lui-même inoculé accidentellement la substance contagieuse à l'aide des ongles. Ce foyer primaire a servi plus tard de source de contagion pour les autres points malades.

L'examen d'un fragment de peau excisée a montré que les lésions les plus caractéristiques se trouvent naturellement dans le stratum papillaire et sous-papillaire. Il existe ici, outre des infiltrats diffus de cellules rondes souvent parallèles à la surface de la peau, des tubercules typiques avec de nombreuses cellules géantes. Mais, à la face comme à la main, il y a les mêmes tubercules en quelques points assez superficiels, tandis qu'en d'autres ils s'étendent jusque dans les couches profondes de la peau ; même

jusque dans le chorion, état qui ne se confond pas complètement avec celui indiqué par Riehl et Paltauf. Les glandes sudoripares sont partout bien conservées; dans la région de l'infiltrat les glandes sébacées n'existent plus.

En conséquence, l'examen microscopique n'offre pas de caractère qui permette de regarder la tuberculose verruqueuse comme une espèce particulière de tuberculose de la peau, mais elle est une variété du lupus vulgaire.

A. DOYON.

Ulcères de jambe.

Traitement des ulcères de jambe, par ERNEST LAPLACE. *Therapeutic Gazette*, 15 septembre 1898, p. 577.

Les ulcères de jambe guérissent habituellement assez bien par le repos au lit et le pansement aseptique, mais ils récidivent facilement par la persistance des varices. Pour éviter la rechute, il faut supprimer les varices superficielles, soit par la ligature des saphènes au moment où elles perforent l'aponévrose, soit par l'opération de Schede. Celle-ci consiste à faire une incision circulaire de la peau à trois pouces au-dessous du genou, à lier toutes les veines qu'on rencontre, puis à suturer la peau. L'opération facilite beaucoup la guérison des ulcères. Si l'ulcère est étendu il est bon de le racler à fond avec la curette et lorsqu'il est recouvert de bourgeons de bonne apparence, de faire la greffe de Thiersch. Pour ces greffes l'auteur recommande de les recouvrir d'une série de morceaux de gaze indépendants les uns des autres, de sorte que s'il survient de la suppuration on peut faire des lavages antiseptiques à l'eau oxygénée sans enlever la dernière couche de gaze et par suite sans déranger les greffes.

W. D.

Urticaire.

Urticaire réflexe d'origine oculaire (A brief note on a case of reflex irritation, par CH. OLIVER. *Philadelphia medical Journal*, 14 janvier 1899).

Observation très curieuse d'une femme qui, toute sa vie, a eu des attaques d'urticaire généralisées. Souffrant un jour de ses yeux, elle s'adresse à un ophtalmologiste qui constate des troubles assez complexes de la réfraction et lui fait porter des verres en conséquence. L'urticaire disparut de ce jour. Quelque temps après, l'urticaire reparut et l'on découvre qu'il est survenu une modification dans la réfraction; une nouvelle correction fait disparaître l'urticaire. En fabricant une nouvelle paire de lunettes, l'ophticien fit une fois une erreur de 20° dans l'orientation d'un des verres cylindriques. Dès le lendemain la malade était couverte d'urticaire, qui disparut dès qu'on eut corrigé le défaut des verres.

W. D.

Urticaire chronique du larynx (A case of chronic urticaria of the larynx), par W. FREUDENTHAL. *New-York medical Journal*, 31 décembre 1898, p. 963.

Le malade est un homme de 59 ans, qui souffre de temps en temps d'une sensation de gêne dans la gorge et notamment dans le côté droit du larynx, où il sent comme un corps étranger. A l'examen direct, on voit de la rougeur et de l'œdème du côté droit de l'épiglotte. Depuis une dizaine d'années, le malade qui est un gros mangeur, souffre souvent de dyspepsie avec de l'urticaire cutanée. Chaque fois qu'il se soumet à un régime un peu plus frugal, la dyspepsie, l'urticaire et les troubles laryngés disparaissent.

sent. Le retour à ses mauvaises habitudes alimentaires ne tarde pas à ramener, en même temps que les accidents laryngés, les troubles digestifs et l'urticaire.

W. D.

Verrues.

Bactériologie de la verrue vulgaire (Ricerche batteriologiche sulla verruca volgare), par M. DE AMICIS. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 385.

Dans une série de cultures faites avec des fragments de verrues, de A. a obtenu des micro-organismes qu'il a pu identifier à des microcoques vulgaires de la peau, le micrococcus cereus albus, le micrococcus citreus, le micrococcus roseus; il s'est assuré que les micro-organismes ainsi obtenus n'ont pas de propriétés pathogènes ni pour les animaux, ni pour l'homme. Il n'a d'ailleurs obtenu que des insuccès dans ses tentatives d'inoculation de la verrue à l'homme. A l'examen microscopique, il n'a trouvé ni le bacille de Kühnemann, ni aucun micro-organisme dans la couche épineuse; par contre, il a observé dans le corps muqueux des altérations cellulaires aboutissant à la séparation des prolongements épineux, lesquels peuvent être pris pour des bactéries.

G. T.

Xeroderma pigmentosum.

Melanosis lenticularis progressiva, par T. M. ROTCH. *Archives of Pediatrics*, t. XV, 1898, p. 881.

L'auteur a soigné deux sœurs, âgées de 7 et 6 ans, il n'y a rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Chez l'aînée, les taches brunes se sont montrées à la face et aux bras à l'âge de 3 mois, puis ont grandi, en devenant saillantes et charnues. On a pratiqué huit fois des curetages suivis de greffes, mais les lésions ont toujours récidivé dans les cicatrices. On a fait des injections sous-cutanées d'un mélange des toxines du streptocoque érysipélateux et du bacillus prodigiosus, à la dose quotidienne de un quart de goutte, en augmentant graduellement la dose. A partir d'une goutte par jour il survint de la réaction avec fièvre, mal de tête, vomissements et photophobie; la dose fut peu à peu élevée à 13 gouttes par jour. Les tumeurs molles ont diminué de volume, les croûtes sont tombées, et plusieurs tumeurs verruqueuses ont disparu à la face, au cou et au dos des mains. Une simple suspension du traitement pendant deux jours, était suivie d'une rechute rapide et de la réapparition de tumeurs molles ou cornées. La maladie s'aggravait par l'exposition au soleil et s'améliorait par le séjour dans l'obscurité, indépendamment de l'emploi des toxines. La dose fut élevée à 18 gouttes, mais il devenait de plus en plus difficile d'obtenir une réaction et un seul jour d'omission du traitement amenait une rechute appréciable.

Chez la sœur cadette, la maladie est apparue à 5 mois. On la mit pendant cinq semaines dans une caisse éclairée à la lumière rouge. Pendant ce temps, les tumeurs charnues aux angles des yeux devinrent plus petites et se desséchèrent, mais il n'y eut pas d'amélioration générale. Pendant un mois, on substitua la lumière verte, mais sans aucun bénéfice. Les injections de toxines ne donnèrent aucun résultat. L'examen microscopique d'une des tumeurs de la face avait montré du cancer épithélial typique.

W. D.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

